Rok XXXVIII. Kraków, 10 Czerwca 1899. Nr. 23.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 10 Czerwca 1899. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. Słowo wstępne, wypowiedziane przy rozpoczęciu wykładów higieny na Wszechnicy lwowskiej

przez

prof. St. Bądzyńskiego.

Prawie wprost z pracowni naukowej, od badań doświadczalnych zmierzających wprawdzie, jak każda praca ludzka, ku dobru powszechnemu, lecz oderwanych od tych najbliższych codziennych zadań życia, staję tu przed Panami na tem zaszczytnem stanowisku, by jedno z tych zadań spełnić, by podjąć pracę na polu, na którem sił moich nie próbowałem. Staję tu z niepokojem, abym wywiązał się z niej tak, jakbym pragnął ku pożytkowi publicznemu; bo mam nietylko pośredniczyć pomiędzy tym światem oderwanych badań naukowych a Wami, lecz i przygotować Was do tego, byście zdobycze tego świata dalej szeroko w społeczeństwo nieśli.

Bo żadna może z gałęzi doświadczalnej wiedzy lekarskiej nie jest tak blizką jednostkom i ogółowi, żadna może nie wnika tak głęboko i szeroko w życie ludzkie, jak właśnie ta, z którą Was zaznajamiać zamierzam.

Przedmiot, którym będziemy się zajmowali, jest wszak, by wyrazić się najogólniej, nauką o zachowaniu życia.

Jak każde ciało, którego atomy znajdują się w stanie ruchomej równowagi, usiłuje zachować ten stan, póki nie dostanie się w sferę innego ruchu, póki silniejszy czynnik równowagi tej nie naruszy, podobnie ma się rzecz i z życiem. Instynkt zachowania życia, który wraz z życiem otrzymujemy, jest jakby usiłowaniem zatrzymania tego stanu równowagi.

Żyjemy i żyć musimy, bo przeznaczeniem naszem jest ten stan fizyczny wyżyć, wyżyć w całej pełni aż do końca, gdy czynnik silniejszy, śmierć, kres mu położy.

Umierać musimy, bo śmierć tkwi jakby w istocie życia naszego, w tej napiętej równowadze, w tym ruchu atomów wewnątrz komórki, który treść życia naszego stanowi.

Bo przemiana materyi w ustroju, w komórce pojedynczej, która jest treścią życia ustroju i komórki, czyż nie jest poszczególnym przejawem powszechnego zjawiska przemiany materyi w wszechświecie? Nie może więc być zadaniem jakiejkolwiek nauki usunąć śmierć z rzędu zjawisk przyrody. Zadaniem jednak higieny jest badać i wskazywać drogi, w jaki sposób może być osiągnięty ideał, by ustrój wyżył się całą pełnią sił swoich fizycznych, a więc w zdrowiu, aż do tego naturalnego kresu. Do tego ideału bardzo nam jeszcze daleko.

Statystyka wykazuje zgodnie dla wszystkich prawie krajów, iż w wieku dojrzałym największa śmiertelność przypada na wiek lat 70-ciu; wnosić by więc należało, iż wiek ten jest przeciętnie dla zdrowych ludzi kresem życia. Gdybyśmy w samej rzeczy za taki go uważali, to przy idealnie prawidłowem zdrowiu i zastąpieniu każdego zgonu urodzeniem, z 1000 umierałoby rocznie 14·3 osób. Dosyć jednak rzucić okiem na tablice śmiertelności nawet tych krajów, gdzie warunki zdrowotności są pomyślniejsze, by przekonać się, że z 1000 żyjących umiera rocznie 2 i 3 razy więcej, w Niemczech np. 29, we Włoszech 30, w Austryi 33. Gdy przyjrzymy się tym tablicom, to spostrzeżemy nadto, że nie wiek lat 70-ciu, lecz wiek niemowlęcy najwięcej przypadków śmierci wykazuje. A gdy rozejrzymy się dalej w tej statystyce, to zobaczymy, że w wieku niemowlęcym śmierć wprawdzie najwięcej ofiar zabiera, lecz że i wiek dojrzały jej daninę składa, że wreszcie stosunkowo nieznaczna część przypadków śmierci przypada na uwiąd starczy. W Prusach n. p. statystyka ta podaje, iż na 100 umierających, 10 osób umiera ze starości. Gdy odtrącimy jeszcze 10 przypadków śmierci z niewyjaśnionych przyczyn, to wypadnie, iż ze 100 osób umierających, około 80 pada w sile wieku ofiarą chorób. Dosyć powiedzieć, iż z tej samej statystyki pruskiej wynika, że z 100 przypadków śmierci około 15 przypada na drgawki niemowląt, około 12 na gruźlicę, około 6 na błonicę, a reszta (47) na inne choroby, że wreszcie statystyka różnych krajów wykazuje, że nagły wybuch zakaźnych chorób w poszczególnych krajach i różnych latach, liczby śmiertelności i ten stosunek śmierci z chorób do normalnego idealnego stanu, jeszcze bardziej na niekorzyść tego ostatniego zmienia.

Czyżby to był nieunikniony bieg rzeczy? Nie! bo szczegółowe statystyki przekonywają, że znaczna śmiertelność w wieku niemowlęcym nie jest zjawiskiem powszechnem, że u klas zamożniejszych i oświeceńszych śmiertelność niemowląt jest nieznaczną, w niektórych krajach nawet znikomą i że równolegle śmiertelność w tych właśnie krajach jest niską; w Szwecyi np. wynosi 19 na 1000, w niektórych okręgach Anglii nawet 17 i 16.

A więc są przyczyny, które przeszkadzają wyżyć życie prawidłowo aż do kresu.

Przyczyn tych szukać należy w otoczeniu naszem. Otoczenie oddziaływa na ustrój. Poznanie tych różnorodnych czynników, wśród których człowiek żyje i ich oddziaływania fizycznego na ustrój, jest zadaniem higieny. Podejmując badania w tym kierunku, higiena dotknąć musi zakresu fizyologii, a nie może nie dotknąć też patologii. Podczas jednak gdy punkt ciążenia tych ostatnich nauk leży w badaniu skutków wpływów zewnętrznych w ustroju samym, w ich przejawach wewnątrz ustroju, punkt ciężkości badań higienicznych znajduje się raczej na zewnątrz, w badaniu samych czynników. Przeprowadzenie granic ścisłych tak między temi gałęziami wiedzy, jak i w innych podobnych wypadkach,

może mieć tylko praktyczne, pedagogiczne cele na oku, lecz nie oddzielanie od siebie obu zjawisk, ani tem mniej wskazywanie granic badaniu.

Życie, jak mówiliśmy, jest stanem napiętej równowagi, nieustannym ruchem atomów w subtelnie zbudowanej drobinie pierwoszczy. Wyrazem tego ruchu są procesy syntezy i rozkładu, które odbywają się wciąż, przeplatając się wzajemnie, dopóki życie trwa, bo treść jego stanowią. Z tego wynika, że ustrój ludzki znajduje się w stosunku ciągłej wymiany materyi z otoczeniem, wciąż coś z otoczenia bierze, wciąż coś mu oddaje; bierze tlen z powietrza, którem oddycha, pożywienie, wodę, a oddaje przetwory, wynikające z przemiany materyi, a więc kwas węglowy i wszelkie inne wydzieliny. To jest materyalna podstawa stosunku człowieka do przyrody. Wskutek oddziaływania wzajemnego ustrój przystosował się do pewnych warunków otoczenia. Każda zmiana tych warunków wpływa na ustrój, naruszając jego stan równowagi i, jeżeli czynnik jest dostatecznie silny, lub stan równowagi ustroju zbyt ruchomy, czyli podrażliwość zbyt wielka, następuje wykolejenie z tego stanu, czyli uszkodzenie zdrowia.

Jakie są te czynniki, które oddziaływają?

Powietrze dostarcza ustrojowi tlenu, lecz przeładowane kwasem węglowym, staje się do oddechania niezdatnem, utrudniając wymianę gazów w płucach, a zawierać może i przypadkowe składniki, dla zdrowia szkodliwe, jako to: tlenek węgla, siarkowodór. Oddziaływają nadto na ustrój zawarte w powietrzu cząstki stałe, a więc pył wszelkiego rodzaju, organiczny czy nieorganiczny, oraz drobnoustroje w powietrzu rozprószone, wreszcie ciepłota powietrza, stopień wilgoci jego, ciśnienie, a więc wszystko, co się na klimat składa.

Wody w przyrodzie szukamy, bo jest ona niezbędnym składnikiem ustroju, bo wreszcie potrzebną jest w gospodarstwie domowem do usuwania odpadków, dla utrzymania czystości; w zmienności składu chemicznego wody, w zawartości pasorzytów i drobnoustrojów mamy znowu czynnik, zdolny oddziałać na zdrowie nasze. Woda w istocie pośredniczy w rozpowszechnianiu się cholery, bardzo prawdopodobnie też w szerzeniu się duru brzusznego, wreszcie woda też jest środowiskiem, które bierze udział w roznoszeniu pasorzytów zwierzęcych, że wymienię tu tasiemca.

Ziemia jest żywicielką naszą, lecz oddziaływają też na nas i jej własności fizyczne. Większa lub mniejsza porowatość, stan wilgoci, zawartość przetworów, pochodzących z rozkładu flory i fauny, oraz odpadków gospodarstwa ludzkiego, dostarcza więcej lub mniej okazyi, czy to do przenoszenia zarazków za pośrednictwem pyłu powstającego na jej powierzchni, czy to do rozwoju ich, jako to np. zarazka zimnicy.

W pokarmach, które z przyrody otaczającej bierzemy, w ilości ich i wyborze właściwym według 3-ech głównych składników chemicznych: białka, tłuszczu i węglowodanów, w przyrządzaniu są zawarte czynniki wpływu na zdrowie ludzkie. Stosowanie ciepła przy przyrządzaniu pokarmów chroni nas wprawdzie w wielu wypadkach od przenoszenia zarazków za pośrednictwem pokarmów, dalecy jednak jeszcze jesteśmy od ścisłego stosowania tych środków zapobiegawczych. Zakażenie włośniami (trychinami), tasiemcem lub bąblowcem, wreszcie tak częste zakażenie gruźlicą za pośrednictwem mleka, a także rozpowszechnienie się tą drogą błonicy wskazuje to dobitnie.

Działanie tych czynników na ustrój ludzki jest fizyczne, czyli mechaniczne, lub chemiczne, bo działanie drobnoustrojów przecież też tylko mechanicznem albo chemicznem być może. Jedne bakterye tworzą ogniska wewnątrz ustroju, zakłócając mechanicznie czynności narządów, że wymienię tu z najpowszedniejszych pneumokoki i gronkowce. Inne wywołują nieznaczne tylko zmiany fizyczne, wytwarzają natomiast jady i ztąd objawy zatrucia — intoksykacye; takiemi są bakterye tężca, oraz błonicy. Inne wreszcie, powodując zmiany fizyczne w narządach, zatruwają równocześnie powoli, lecz stale, ustrój wydzielanymi przetworami chemicznymi, jak to ma miejsce n. p. z prątkami gruźliczymi, jak to prawdopodobnie czynią też prątki durowe i wiele innych bakteryj.

Badając działanie czynników otoczenia na ustrój ludzki, higiena dać nam też może odpowiedź, jak ustrój ludzki ma się zachowywać względem tych wpływów. I może ona odpowiedzieć w samej rzeczy, jak człowiek broni się od szkodliwych wpływów, bądź usuwając je, — (tu wspomnieć wypada o antyseptyce i aseptyce, które będąc zdobyczą higieny, tak wielkie zasługi terapii oddają), bądź zmieniając we właściwy sposób otoczenie swoje, jak wreszcie zwalcza je, starając się podnieść swą siłą odporną.

Oddziaływanie poszczególnych ustrojów na każdy czynnik jest, jak wiadomo powszechnie osobniczem (indywidualnem). Te różnice w odpowiadaniu na pewne czynniki występują szczególnie wyraziście przy porównaniu zachowania się ustrojów z różnych gatunków lub grup zwierzęcych. Kafeinę, której dawka 1 cgrm. na kilo wagi u człowieka wywołuje bardzo poważne zaburzenia w ustroju, znoszą króliki w dawkach 20 razy większych. Gdy świnki morskie padają ofiarą każdego wstrzyknięcia bakteryj gruźliczych, króliki zachowują się względem prątków gruźliczych odpornie.

Podobne, może tylko nie tak jaskrawe, różnice w zachowaniu się względem tego samego czynnika spostrzegamy pomiędzy poszczególnymi osobnikami ludzkimi. Określamy to jako większe lub mniejsze usposobienie lub odporność względem choroby. Tak usposobienie, jak i odporność bywa właściwością rasy, plemienia, rodziny wreszcie, a więc dziedziczy się.

Z drugiej strony jednak nabywa się, a nabyta znowu dziedziczyć się może. W nabywaniu odporności leży środek do zwalczania usposobienia.

Bo gdy usposobienie spoczywa w rozluźnieniu równowagi atomów w drobinie pierwoszczy, to przez wzmocnienie go usuniemy punkt zaczepienia dla uszkodzeń z zewnątrz. Ztąd to podniecenie procesów przemiany materyi w ustroju przez pracę fizyczną i ćwiczenia fizyczne, przez hartowanie, tak skutecznie wzmacnia ustrój i wzmaga jego odporność.

Odporność względem bakteryj w pewnym stopniu właściwą jest zresztą każdemu ustrojowi, każda bowiem bakterya chorobotwórcza wywołuje w organizmie odczyny chemiczne, które im przeciwdziałają. Te związki przeciwdziałające możemy wytworzyć też w ustroju zwierzęcym i, wprowadziwszy je do ustroju ludzkiego, uodpornić go sztucznie względem wielu bakteryj chorobotwórczych.

Gdy wpływy, oddziaływujące na ustrój z zewnątrz, są fizyczne i chemiczne, to i metody badania higiena zapożyczyć musi od tych nauk.

Skoro drobnoustroje stanowią tak potężną część czynników, zagrażających zdrowiu ludzkiemu, nic dziwnego, że

nauka o drobnoustrojach tak poważną część higijeny stanowi. Lecz poznanie drobnoustrojów nie może być wyłącznym celem i kresem badań higienicznych.

Badanie składu powietrza i zmian chemicznych, w niem zachodzących, uskutecznia się zapomocą metod chemicznych. Chemicznemi metodami posługujemy się przy badaniu gruntu; one przeważnie rozstrzygają o zdatności do użytku wody. Tylko chemiczne metody wreszcie pozwalają nam wniknąć w procesy żywienia, ustanowić jego normy, wskazywać wybór pokarmów i czuwać nad sprawą zaopatrywania zbiorowości w środki spożywcze. Gdy sięgniemy wreszcie głębiej do istoty wpływu drobnoustrojów na ustrój, to, jak widzieliśmy, jest on w wielu wypadkach wyłącznie, w większej części wypadków w znacznym stopniu, — chemiczny, widzieliśmy bowiem, iż w większej części chorób, wywołanych przez drobnoustroje, działają na ustrój nie tyle bakterye same, ile przetwory z ich przemiany materyi wynikłe. Zbadać zaś te przetwory można tylko zapomocą metod chemicznych.

Nie zaszliśmy jeszcze wprawdzie daleko na tej drodze, lecz mamy do zaznaczenia znaczne postępy od tego czasu, gdy Gautier przypisywał to działanie otrzymanym przez siebie leukomainom i ptomainom, gdy Nencki kollidynę, a Brieger putrescynę, kadawerynę i mytilotoksynę otrzymał. Jeżeli nie posunęliśmy się daleko, to dlatego, że zadanie nie jest tak proste, jak wyobrażali sobie wymienieni chemicy (Gautier i Brieger), którzy pierwsi rozwiązać je usiłowali; oraz dla tego, że chemik znalazł się na gruncie tak nowym, że używane przez niego dotychczas metody badania zawodzą.

Jeżeli jednak wiemy dziś, że te czynniki działające są to nie proste ciała krystaliczne, lecz bardzo złożone związki, często o naturze białkowej lub białku pokrewnej, to możemy mieć nadzieję, że te nazwy, dziś bez treści, jak toksyna błonicza, toksyna tężcowa, tuberkulina — pozwolą nam coś realniejszego sobie wyobrażać.

Jak bakterye działają na ustrój przetworami chemicznymi, tak ustrój odpowiada im też odczynem chemicznym. Antytoksyny, aleksyny, lysiny — są to również dziś tylko imiona hipotetycznych związków, których nikt otrzymać nie zdołał, o nieznanych przeto własnościach chemicznych. Lecz i tu postępu dokonano, że wspomnę o usiłowaniach zobojętniania toksyn, a to w szczególności o najnowszych próbach Nenckiego uskutecznienia tego przez poddawanie roztworów zawierających toksyny (błonicy i tężca) działaniu soków trawiących. Nauka o uodparnianiu ustroju przeciw bakteryom, o zwalczaniu drobnoustrojów w organizmie, zrobi niezawodnie postępy wielkie, gdy związki te zbadane będą, a tu znowu higiena pomocy chemika potrzebuje.

Co więcej, przy badaniu bakteryj samych nawet na zewnątrz ustroju, zawodzą metody, stósowane w botanice i zoologii. Przy braku różnicy w postaci zewnętrznej, gdy pierwotna klasyfikacya według form na prątki, koki, przecinki nie wystarcza dla wielkiej mnogości bakteryj, według sposobu ugrupowania wreszcie na paciorkowce, gronkowce też zawodzi, gdy zawodzą inne metody obserwacyi zewnętrznego życia drobnoustrojów, bakteryolog uciekać się musi do pomocy chemii, musi uczyć się obserwować życie we wnętrzu komórki poszczególnych drobnoustrojów. Wszak codzienne spostrzeżenie wskazuje mu, że pewne bakterye potrzebują właściwego podłoża, ażeby żyć i rozmnażać się mogły, właściwych składników w tem podłożu; że wreszcie różne drobnoustroje, potrzebując właściwego pokarmu, w właściwy sobie sposób go zużytkowują i przerabiają, wytwarzając swoiste przetwory chemiczne. W samej rzeczy dziś już posiłkujemy się odczynem chemicznym dla scharakteryzowania przecinków cholery; zapomocą odczynu chemicznego rozróżniamy prątki durowe od *bacterium coli.* Zasada odczynu Widala spoczywa też na działaniu chemicznem antytoksyn, wytworzonych w ustroju przez bakterye.

Gdy zastanawialiśmy się dotychczas nad otoczeniem człowieka i oddziaływaniem otoczenia, to mówiliśmy o działaniu nań przyrody otaczającej. Gdy jednak człowiek stał się członkiem zbiorowości, gdy przez tę zbiorowość podnosił się wciąż na wyższe szczeble i równocześnie wiązał się z nią coraz silniej, wpływ na niego przyrody stał się mniej bezpośrednim. Powierzchnia jego indywidualnego stykania się z przyrodą ograniczyła się, bo począł stykać się z nią, jako ciało zbiorowe.

Badając więc wpływ czynników przyrody na człowieka, nie podobna go ze zbiorowości wydzielić. Wszak rozwój kultury, który wynikł z życia zbiorowego, unaocznił nam potrzebę środków higienicznych. Organizacya zwalczania zarazy i chorób zakaźnych, szpitale, przepisy sanitarne dla szkół, dla przemysłu, asanizacye miast przez właściwe usuwanie odpadków gospodarstwa ludzkiego, czy to przez kanalizacyę, czy to w inny sposób, przez zbiorowe zaopatrywania w wodę, przez dozór nad środkami spożywczymi, — oto są zdobycze życia zbiorowego. Gdy życie zbiorowe wciąż koryto swoje rozszerza, obejmując coraz szersze koła, coraz szersze warstwy ludności, nie podobna higieny społecznej wyłączać z zakresu higieny ogólnej.

Zaciśnięcie węzłów, łączących nas z zbiorowością mniejszą lub większą, w celu ukrzepienia tejże zbiorowości i ułatwienia walki z przyrodą o zachowanie i rozwój gatunku, a więc i o byt i rozwój indywidualny, jest postulatem, do którego nie tylko dążyć winniśmy, lecz w imię dobrze zrozumianego interesu dążyć musimy.

Gdy będziemy go mieć na oku, małostkowymi wydadzą nam się spory wszelkie i zarzuty, iż higiena, wychodząc z sentymentalnego humanitaryzmu, stara sie *coûte que coûte* utrzymać przy życiu jednostki słabe, do życia niezdatne, że przeto, łagodząc wpływ pierwiastku walki o byt, osłabia siłę żywotną organizmu zbiorowego. Higiena nie tylko słabym, lecz i silnym z jednaką pomocą przychodzi. Ofiarą zarazy padają nieraz bez wyboru zarówno silne jednostki, jak i słabe. W wojnach dawniejszych, gdy nie stósowano zapobiegawczych środków sanitarnych, zastępy całe wojsk, a więc pod względem fizycznym wybór społeczeństwa, padały ofiarą chorób zakaźnych. Dosyć przytoczyć, iż podczas ostatniej wojny prusko-austryackiej w 1866 r., na 100 żołnierzy pruskich poległych, 145 padło ofiarą chorób. Jeżeli dzięki zdobyczom higieny udaje się zapobiegać takim zjawiskom, to jest to jedno ze zwycięstw człowieka nad przyrodą. A jeżeli osiągniętem ono zostało wskutek inicyatywy, która wypłynęła z pobudek humanitarnych, to wskazuje to tylko, jaką drogą postępy kultury osiągnąć się dają.

Rozpowszechniać jak najszerzej zasady higieny i wprowadzać je w życie musimy nie tylko dla pobudek humanitarnych, nietylko dla tego, że bliźni nasz wskutek ciemnoty narażony jest na pędzenie nędznego charłaczego żywota i że,

wskutek tejże ciemnoty, co chwila wystawiony jest na utratę zdrowia i życia, także nie tylko dla tego, że chcemy, by naród nasz był krzepki i dzielny i mógł przez tę krzepkość wyzyskać należycie bogate pierwiastki zasobów swoich duchowych; lecz dlatego, że nie możemy od tej zbiorowości, w której żyjemy, jakąś nieprzebytą przegrodą się oddzielić. A dopóki obok nas najpierwotniejsze wymogi zdrowotności lekceważone będą, nasze usiłowania, by zabezpieczyć się od szkodliwych wpływów zewnętrznych, zawsze będą w skutkach ograniczone.

Tak Was Panowie, którzy na stanowiskach waszych przyszłych cierpienia ludzkie leczyć będziecie, jak i Was, którzy pełnić będziecie czynności urzędników zdrowia, czeka wielkie, nietylko humanitarne, lecz cywilizacyjne zadanie lekarza przyszłości, czuwania nad zdrowiem ludzkiem.

Jak tu na ławie szkolnej, gdzie Was nic nie dzieli, tak i później podać sobie musicie ręce do wspólnej pracy około wspólnego celu.

Nie mojem zadaniem będzie Was w tej pracy prowadzić. Szczęśliwym będę, gdy wtajemniczając Was w zdobycze higieny, zaznajamiając Was z metodami badania, wzbudzę u Was zajęcie dla tej gałęzi wiedzy, gdy wreszcie, choćby i w małem gronie, skupimy się razem około celu badania i rozszerzania zakresu naszej nauki, bo reszta sama się znajdzie, bo ognisko nasze duchowe na zewnątrz samo promieniować będzie.

II. **Z kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. prof. Dra Jordana.**

O skręceniu szypuły guzów jajnika i przyjajnika.

Napisał

Docent Dr. L. Świtalski.

(Dokończenie).

Nader tylko wyjątkowo zdarza się, aby w skręt została wciągnięta macica i więzadło okrągłe. Taki przypadek[1]) mieliśmy sposobność spostrzegać, a ponieważ wzbudza on wielkie zainteresowanie, więc pozwolę go sobie tutaj dokładniej opisać.

A. M., lat 35. Rodziła 6 razy; 5 razy prawidłowo, ostatni zaś poród, który odbył się w maju 1897 r., miał być cięższy, niż poprzednie, trwał bowiem 24 godzin, skończył się jednak siłami natury. Brzuch po ostatnim porodzie pozostał większym, niż po porodach poprzednich. W ostatnim połogu wystąpiły w dolnej części brzucha po stronie prawej bóle kłujące, które po dwu tygodniach ustąpiły.

Przed trzema miesiącami zauważyła chora guz w brzuchu. W pierwszej połowie października 1897 r. wystąpiły u niej nagle b. silne bóle dołem i dreszcze, które zmusiły ją do położenia się do łóżka. Po dwu dniach bóle ustąpiły tak, że chora mogła wstać i oddawać się zwykłej pracy. Dnia 23 października bóle się powtórzyły z daleko większem jednak nasileniem, wystąpiła gorączka i wymioty i chora wtenczas zgłosiła się do kliniki.

Badanie dnia 26/X wykazało: ciepłota podniesiona, tętno 120. Brzuch przy ucisku bardzo bolesny, wypuklony przez guz, mający cechy torbielaka, sięgający na szerokość 2 palców poniżej wyrostka mieczykowatego. Pochwa prawidłowa, część pochwowa drobna, na $1/2$ falangi długa, ujście poprzeczne niedrożne dla palca. Trzon macicy zdaje się być wielkości prawidłowej i jest skręcony około osi podłużnej tak, że brzeg lewy macicy zwrócony jest całkiem ku tyłowi, brzeg zaś prawy przylega ściśle do guza tak, że go od niego nie można odgraniczyć.

Rozpoznano: *Kystoma ovarii dextri, torsio trunci et uteri subsequ. peritonitide.*

27/X Laparotomia. Po przecięciu powłok brzusznych, dosyć silnie surowiczo obrzękłych, stwierdzono, że w jamie brzusznej znajduje się guz wielkości głowy, prawie na całej powierzchni pozlepiany z przednią ścianą jamy brzusznej, jelitami i mocno przekrwioną i zgrubiałą siecią. Guz wychodzi z jajnika prawego, jajnik i trąbka po stronie lewej zwrócone ku tyłowi, zachowują się prawidłowo; trzon macicy w całości skręcony tak, że brzeg lewy zwrócony jest ku tyłowi. Po oddzieleniu zlepów, wytoczono guz na zewnątrz jamy brzusznej, przyczem się przekonano, że otrzewna ścienna i trzewna na znacznej przestrzeni mocno przekrwiona, była pokryta podobnie jak i powierzchnia guza licznymi złogami wypociny włóknikowej. Szypuła guza była skręcona o $1^1/_2$ raza od strony lewej ku prawej, a w skręt dolny została wciągnięta prawa część trzonu macicy wraz z częścią więzadła okrągłego.

Po odkręceniu szypuły i guza obraz był następujący: dolna część guza, górna prawa część trzonu macicy i część więzadła szerokiego, przylegająca do górnej części macicy, zlane są w jeden guz wielkości średniej pięści, ciemno-czerwono zabarwiony, który powstał wskutek wylewu krwawego w utkanie macicy, w tkankę łączną pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego i dolną ścianę guza. Więzadło okrągłe prawe na długości kilku ctm. jest znacznie zgrubiałe i ciemno-czerwono zabarwione wskutek wynaczynienia. Trąbka prawa znacznie wydłużona (21 ctm.), ciemno-czerwono zabarwiona, w $^2/_3$ częściach od macicy taśmowato spłaszczona wskutek ucisku powstałego przez skręcenie, w $^1/_3$ części brzusznej zaokrąglona i tu dochodzi grubości palca. Prawa strona macicy od dna prawie aż do ujścia wewnętrznego, która była w skręt wciągnięta, jest barwy ciemno czerwonej, a granicę pomiędzy tą częścią macicy, a resztą, stanowi linia wiszniowo zabarwiona, widoczna na przedniej i tylnej ścianie macicy, przebiegająca ukośnie od dna prawie aż do ujścia wewnętrznego. Przed tą linią od strony prawej ciągnie się równolegle do niej płytki rowek blado-różowo zabarwiony, powstały przez ucisk brzegu części skręconej macicy. Pomiędzy prawym rogiem macicy, górną częścią prawego brzegu trzonu macicy i krwiakiem wśródwięzadłowym granicy odnaleźć nie można.

Wobec rozległego wynaczynienia wśród miąższu macicy, z obawy przed możliwą martwicą (nekrozą) dokonano odcięcia nadpochwowego macicy wraz z guzem, który przedstawiał się jako torbiel (kystoma) jednokomorowy, wypełniony gęstą krwawą treścią.

Pacyentka zmarła w trzecim dniu po operacyi z powodu zapalenia włóknikowego otrzewnej, które pomimo wycięcia guza dalej się rozwijało.

Przypadek ten jest ciekawy z tego względu, że pewna część macicy została w skręt wciągnięta i że w następstwie silnego ucisku przez to wywartego na naczynia przyszło do znacznego wynaczynienia wśród miąższu macicznego.

Że macica została w tym przypadku w skręt wciągnięta, należy to przypisać znacznemu zwiotczeniu jej miąższu, które można było stwierdzić na części macicy, leżącej poza skrętem. Znaczne to zwiotczenie macicy postawiłbym w związek z połogiem; skręcenie, o ile można wnioskować z wywiadów, nastąpiło wprawdzie w $4^1/_2$ miesięcy po porodzie, prawdopodobnie jednak wskutek jakichś zaburzeń, może nawet wskutek obecności guza, macica nie zwinęła się prawidłowo i nie uzyskała odpowiedniej jędrności. Przy prawidłowem zachowaniu się miąższu macicznego, wciągnięcie pewnej jej części w skręt jest prawie niemożliwem, z jednej strony wskutek znacznej jędrności miąższu macicy, a z drugiej wskutek ruchomego pomieszczenia macicy tak, że raczej w tych przypadkach przychodzi do skręcenia trzonu macicy w całości, na co zwrócił dokładniejszą uwagę w ostatnich czasach Schultze, który zebrał i ogłosił 17 przypadków, w których przy skręceniu szypuły guzów jajnikowych nastąpiło skręcenie trzonu macicy. Skręcenie to trzonu macicy, które występuje w tym samym kierunku, co i skręcenie szypuły, prócz jednego przypadku, nie przenosiło 180°.

---

[1]) Przypadek przedstawiony na posiedzeniu krak. Tow. ginek. *Rocznik VII 1897, str. 67.*

Szyjka w tych razach nie zmienia swego położenia, a tylko w okolicy ujścia wewnętrznego powstaje skręt zacieśniający kanał szyjki w tem miejscu. W niektórych przypadkach (Schultze, Johannowsky) szyjka ulega wyciągnięciu postronkowatemu i może przyjść nawet do zupełnego zarośnięcia kanału szyjki.

Następstwa skręceń szypuły guzów jajnikowych i przyjajnika mogą być rozmaite, a nietyle zależą one od wielkości skręcenia, ile od siły zaciśnięcia skrętów, wskutek czego przychodzi do ucisku naczyń biegnących w szypule, do upośledzenia, a nawet zupełnego powstrzymania krążenia.

Na 33 przypadków skręceń guzów jajnikowych nie było wybitniejszych następstw w sześciu przypadkach (17·1%), dwa razy przy dwurazowem skręceniu, raz o $1^1/_2$ raza, i trzy razy o $^1/_2$ raza. W dwu przypadkach przyszło tylko do znaczniejszego rozszerzenia naczyń żylnych w szypule i do przekrwienia w ścianach guza. Dziewięć razy wystąpiły mniej lub więcej znaczne wynaczynienia do wnętrza guza, w ścianę jego i w utkanie szypuły. Raz krwawienie do wnętrza torbielaka było tak znaczne, że wystąpiła bardzo znaczna niedokrewność, która też stała się przyczyną zejścia śmiertelnego po operacyi. Przypadki, w których w następstwie skręcenia szypuły przyszło do zejścia śmiertelnego wskutek krwotoku do wnętrza guzá, opisali Spencer Wells i Andersohn.

Nagromadzenie się w następstwie skręcenia płynu wolnego w jamie brzusznej stwierdzono w 7 przypadkach, z tego w jednym przypadku znajdował się płyn krwawy przy dwurazowem skręceniu szypuły, w jednym zaś ilość płynu była znaczniejsza, zresztą płyn nagromadził się tylko w miernej ilości. Wyjątkowo tylko może wystąpić w przebiegu skręcenia szypuły bardzo znaczne nagromadzenie się płynu, zagrażające życiu, jak to spostrzegał w jednym przypadku Schurinoff. Raz przy skręceniu torbielaka wielokomorowego o $^1/_2$ raza nastąpiło pęknięcie jednej z cyst i wylanie się treści do jamy brzusznej. Następstw nie sprowadziło to żadnych, a przypadek zakończył się wyzdrowieniem.

W 14 przypadkach stwierdzono zapalenie włóknikowe otrzewnej i świeże zlepy pomiędzy guzem a otoczeniem; w 12 przypadkach było zapalenie samoistne, w jednym towarzyszyło zropieniu, a w drugim — sposokowaceniu guza. W 11-stu przypadkach zapalenie było dosyć rozległe, w 2 rozpoczynające się.

Przyczyna zapalenia włóknikowego otrzewnej w następstwie skręcenia guzów jajnikowych nie jest dokładnie znana. Schröder uważa je za zapalenie aseptyczne dobrotliwe. Pfannenstiel utrzymuje, że zapalenie to otrzewnej należy uważać za następstwo drażnienia mechanicznego przez guz *(Fremdkörperperitonitis)*, albo też jako następstwo drażnienia chemicznego, wywołanego przez wytwory przemiany materyi w guzie, w następstwie upośledzonego krążenia.

W każdym razie należy przypuścić, że zaburzenia w krążeniu powstałe w następstwie ucisku przyczyniają się do wystąpienia zmiany zapalnej na otrzewnej, właściwa przyczyna jednak pozostaje dotąd nieznaną. Stare zrosty mniej lub więcej rozległe stwierdzono w 11 przypadkach; w 9-ciu przypadkach zaś guzy były zupełnie wolne. Raz przyszło do zropienia torbielaka u położnicy, a dwa razy do sposokowacenia *(putrescentia)*. W jednym z nich wytworzyła się komunikacya pomiędzy torbielem a jelitem tak, że po oddzieleniu guza przyrośniętego do jelita powstał otwór w całej grubości ściany jego; w drugim przypadku torbiel skórzasty tak silnie był zrośnięty z otoczeniem, że o oddzieleniu go mowy nie było i musiano tylko poprzestać na wszyciu ściany guza w ranę brzuszną, wypuszczeniu treści cuchnącej i saczkowaniu.

W dwu przypadkach szypuła, w skład której wchodziła i trąbka w miejscu ucisku powstałego przez skręcenie, uległa znacznemu ścieńczeniu tak, że w dalszym ciągu niewątpliwie byłoby przyszło do zupełnego oddzielenia guza. Takie przypadki opisali Rokitansky, Spencer Wells, Barrat, Baumgarten, Tóth. Skoro guz zostanie całkowicie oddzielony, albo gdy przyjdzie z powodu ucisku do zupełnego przerwania krążenia, to może przyjść albo do przemiany wstecznej w guzie, który się pomniejsza, marszczy, i wtedy nierzadko przychodzi wśród jego utkania do osadzenia się złogów soli wapniowych; albo może przyjść do zropienia lub sposokowacenia guza, gdy dostaną się odpowiednie drobnoustroje, albo też wytwarzają się unaczynione zrosty z otoczeniem, które pośredniczą w odżywieniu guza tak, że ten może nawet dalej wzrastać (Amann).

Jednem z rzadkich następstw skręcenia szypuły jest niedrożność jelit, a może ona wystąpić albo wtenczas, gdy guz zrośnięty z jelitem ulegnie skręceniu i pociąga równocześnie za sobą jelito (Rokitansky, Veit), albo jeżeli pętla jelitowa dostaje się w skręt szypuły i ulegnie zaciśnięciu (Rokitansky, Ribbentrop).

Z dwu przypadków skręceń torbiela przyjajnika w jednym, gdzie skręcenie nastąpiło o 360°, nie było żadnych następstw, w drugim, przy skręceniu o $2^1/_2$ raza, przyszło do znacznego wynaczynienia do wnętrza ścian guza, wśród utkania szypuły i jajnika, który, w całości krwią przesiąknięty, co najmniej pięciokrotnie się powiększył.

Na 35 skręceń szypuły guzów jajnika i przyjajnika wystąpiło skręcenie, jak to można wnosić z objawów, nagle w 17 przypadkach (48·5%).

Najczęstszym i najwybitniejszym objawem powstałego skręcenia są bóle, które wystąpiły w 31 przypadkach; u czterech tylko chorych nie było nigdy żadnych dolegliwości i tylko obecność guza w jamie brzusznej skłoniła je do szukania pomocy lekarskiej. Bóle te są następstwem ucisku nerwów, znajdujących się w szypule i są największe wtenczas, kiedy skręcenie występuje nagle; w innych przypadkach mają zwykle mierne nasilenie. Umiejscowiają się one w dolnej części brzucha lub nad odpowiednią pachwiną, niekiedy występują i w krzyżach.

U pięciu chorych występywały bardzo silne bóle napadowo, w 2—4 napadach, które trwały od kilku do kilkunastu godzin; w przerwach pomiędzy napadami chore czuły się zupełnie zdrowemi i mogły się oddawać zwykłej pracy. Po ostatnim dopiero napadzie bóle stale się utrzymywały i dopiero wtedy chore zgłaszały się do kliniki. Takie napadowo występujące bóle przy skręceniach możnaby sobie wytłómaczyć w ten sposób, że albo następuje odkręcenie szypuły, albo przynajmniej znaczne zwolnienie ucisku w skręcie, a po pewnym zaś czasie następuje powtórne skręcenie lub silniejsze zaciśnięcie skrętów. Schröder, Olshausen, Martin utrzymują, że odkręcenie skręconej szypuły nastąpić może. W tych przypadkach, w których skręcenie występuje nagle, pojawiają się często dreszcze i wymioty.

Gdy w następstwie skręcenia rozwinie się zapalenie włóknikowe otrzewnej, występują często charakterystyczne bóle kłójace i gorączka. Na 13 przypadków w trzech był stan bezgorączkowy; w jednym zaś przypadku, pomimo dosyć rozległego zapalenia otrzewnej, nie było żadnych objawów.

Inne objawy, które towarzyszą skręceniom guzów, są tylko przypadkowe. Niemożność oddawania moczu wystąpiła w jednym przypadku, w którym skręcony torbiel uwięznięty był w zatoce Douglasa. Parcie na mocz wystąpiło w trzech przypadkach: Schultze i Löhlein uważają zaburzenia ze strony pęcherza moczowego przy skręceniu szypuł guzów jajnikowych za objaw charakterystyczny dla równoczesnego skręcenia macicy. W naszych przypadkach skręcenia macicy nie zauważono. Krwawienie z macicy spostrzegano raz w przypadku, gdzie trzon macicy skręcony był o 90°

Na 35 operowanych przypadków guzów jajnika i przyjajnika, w których przyszło do skręcenia szypuły, w siedmiu nastąpiło zejście śmiertelne (17%), podczas gdy na 121 operowanych przypadków guzów jajnika i przyjajnika, w których skręcenia nie było, zejście śmiertelne nastąpiło w 9-ciu przypadkach (7·5%). Widzimy więc z tego porównania, że zmiany, jakie występują w następstwie skręceń guzów, nie pozostają bez wpływu na rokowanie pooperacyjne. Na siedem przypadków, w których nastąpiło zejście śmiertelne, w jednym sekcya nie wykazała żadnej wybitnej przyczyny śmierci; raz przyczyną śmierci była niedokrewność wskutek znacznego krwotoku do wnętrza torbiela; z dwu przypadków sposokowacenia guzów nastąpiło zejście śmiertelne, w jednym z powodu ogólnego zakażenia, które wystąpiło już przed operacyą, w drugim z powodu zapalenia septycznego otrzewnej. W trzech przypadkach przyczyną śmierci było zapalenie włóknikowe otrzewnej, stwierdzone sekcyą, które już przed operacyą się rozwinęło, a po wycięciu guza nie ustąpiło, jak to bywa w przeważnej liczbie przypadków, ale dalej się rozwijało.

We wszystkich trzech przypadkach przebieg zapalenia był ostry. Jedna z tych chorych była operowana w 15 dni, druga w trzy tygodnie, trzecia w $1^1/_2$ miesiąca po wystąpieniu skręcenia.

Na 7 więc przypadków, w 6-ciu nastąpiło zejście śmiertelne wskutek zmian, które w następstwie skręcenia powstały.

W przypadkach więc skręceń guzów jajnika i przyjajnika powinno się jak najprędzej operować, aby uniknąć następstw, mogących wpłynąć niekorzystnie na przebieg pooperacyjny, a i w tych przypadkach, gdzie wystąpi zapalenie ostre otrzewnej, nie należy czekać, jak to radzi Thornton, aż ostry okres przeminie, gdyż im prędzej się guz usunie, tem większa będzie rękojmia, że zapalenie ustąpi.

W końcu składam podziękowanie Wielmożnemu Prof. Dr. Jordanowi za łaskawe pozwolenie mi zużytkowania materyału klinicznego.

Literatura.

Rokitansky: Lehrb. der patholog. Anatomie 1861. Bd. III. — Tenże: Ueber Abschnürung der Tuben u. Ovarien und über Strangulation der letzteren durch Achsendrehung. *Allg. Wiener medic. Zeitung* 1860. Nr. 2, 3, 4. — Olshausen: Die Krankheiten der Ovarien. 1886. — Malius: Punction einer Ovariencyste als Ursache der Stieldrehung. *Centr. f. Gynaek.* 1877. S. 205. — Stansbury: *Central. f. Gynaek.* 1878. Nr. 7. — Schurinoff: Ascites als Symptom der Stieltorsion ovarieller Cysten. *Centr. f. Gynaek.* 1888. S. 238. — Thornton: Stiehldrehung der Eierstockgeschwülste. *Centr f. Gynaek.* 1889. S. 487. — *Pamiętnik Tow. lek. warsz* 1889. S 683. — Hofmeier: Ernährungs- und Rückbildungsvorgänge bei Abdominaltumoren. *Zeitsch. für Geb. u. Gynaek.* Bd. V. S. 97. — Baumgarten: Zwei Fälle von Abschnürung der Ovarien. *Virchov's Archiv* Bd. 97 S. 18. — Fraenkel: Ueber Stieldrehung der Ovarien. *Virchov's Archiv.* Bd. 91. S. 499. — Andersohn: *Centr. für Gynaek.* 1888. S 854 — Küstner: Ueber die durch Tumoren erzeugte Achsendrehung des Uterus. *Centr. f. Gynaek.* 1890. S. 785. — Cario: Ueber mechanische Ursachen der Stieldrehung von Ovarialtumoren. *Centr. f. Gynaek.* 1891. S. 347. — Küstner: Das Gesetzmässige in der Torsionspirale torquirter Ovarialtumoren. *Centralblatt für Gynaek.* 1891. p. 209. — Freund: Die Stieldrehung der Eierstockgeschwülste. *Centr. f. Gynaek.* 1892. S. 409. — Duplay: Stieldrehung der Ovariencysten. *Centr. f. Gynaek.* 1892. S. 503. — Stratz: Die Frauen auf Java. 1891. — Geyl: Excessives Oedem des normalen Ovariums verursacht durch Stieltorsion. *Centr. f. Gynaek.* 1895. S. 987. — Beckmann: Spontane Ruptar eines Ovarialkystoms in Folge Stieldrehung. *Centr. für Gynaek.* 1895. S 620. — Schauta: Lehrbuch der gesammten Gynaekologie. 1896. S. 383. — Löhlein: Einfluss des Wochenbettes auf Ovariencysten. *Centr. für Gynaek.* 1896. S. 733. — Tóth: Fall von vollständig abgeschnürtem Ovarialkystom. *Centr. für Gynaek* 1897. S. 1158. Pozzi: Traite de Gynecologie clinique et operatoire. 1897. S. 812. — Ciechanowski: Ein Fall von Achsendrehung des Uterus. *Deutsche med. Wochenschrift.* 1897. Nr. 27. — Amann: Dermoidcyste des linken Ovariums durch Stieltorsion vollkommen abgeschnürt. *Monat. f. Geb. und Gynaek.* 1898. Bd. VIII. S. 192. — Johannowsky: Casuistischer Beitrag zur Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste. *Monatschr. fur Geb. und Gynaekologie.* 1898. Bd. VIII. 24. — Veit: Handbuch der Gynaekologie. 1898. Bd. III. S. 422. — Schultze: Ueber Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste. *Zeitschrift für Geb. u. Gynaek.* Bd XXXVIII. S 174. — Prochoroff: Die patholog. anat. Veränderung der Ovarialcystenwand u. Stieltorsion. *Monat. f. Geb. Gynaek.* Bd. V Ergh. S. 122. — Martin: Die Krankheiten der Eierstöcke. 1899. S. 437.

III. Wyciągi.

Prof. Dr. Andren H. Smith. **Nowe poglądy na zapalenie płuc i jego leczenie.** (*The Twentieth Century Practice of Medicine*). W artykule „Pneumonia crouposa“ wyłuszcza autor swe nowe zapatrywania na tę chorobę. Wychodzi on z założenia, że zapalenie płuc polega wyłącznie na procesie bakteryologicznym w pęcherzykach płucnych, a pożywki dla tych bakteryj dostarczają naczyńka krwionośne, które podtrzymują czynność płuc, podczas gdy odżywianie się miąższu płucnego zostaje nienadwerężonem z tej przyczyny, że w płucach mamy podwójne krążenie krwi. czyli, że choroba może się rozwijać w płucach bez nadwerężenia ich tkanek. Wychodząc z tego założenia, przedstawia autor cały przebieg choroby w sposób następujący:

Żeby człowiek zapadł na zapalenie płuc 1) potrzebne jest miejscowe lub ustrojowe obniżenie energii życiowej, któreby dopomogło osiedleniu się i rozplenowi pneumokoków, znajdujących się w tym czasie w oskrzelach płucnych; 2) potrzeba takiego rozrostu kolonii tych pneumokoków, aż dosięgną pęcherzyków płucnych; 3) wywołania podrażnienia w pęcherzykach i spowodowania następowo wydzieliny włóknikowej, wreszcie wywędrowania leukocytów i przepacania (diapedezy) czerwonych ciałek krwi z krwionośnych naczyniek włosowatych; 4) dalszego tworzenia się kolonij pneumokoków w tej wydzielinie; 5) zatrzymania obiegu krwi w naczyniach włosowatych z następowem wytworzeniem się wolnego „pneumonic acid“ w miąższu zajętej przestrzeni; 6) nacieczenia wysiękiem sąsiednich zrazików i wytworzenia w nich takiej samej sprawy chorobowej; 7) zatrzymania dalszego rozrostu hodowli przez wyczerpanie się pożywki i nagromadzenie się wolnego „pneumonic acid“ w tkaninie płucnej. Aż do tej chwili odbywa się w płucach ciągiem sprawa gromadzenia się i wchłaniania toksyn. 8) Postępowe przeobrażanie się wysięku, jako czynność przygotowawcza do jego pozbycia się drogą wessania 9) Prawdopodobnie podczas tego ostatniego procesu wytwarza się antytoksyna. 10) Całkowite usunięcie wysięku i przywrócenie pęcherzyków płucnych do ich prawidłowego stanu. 11) Powrót do fizyologicznego obiegu krwi w naczyniach włosowatych.

Omawiając przyczynę przełomu zapalenia płuc, Prof. Smith porusza dwa ważne czynniki tej choroby, mianowi-

cie zastoinę w naczyniach włosowatych, przez co ustaje dalsze gromadzenie się pożywki dla pneumokoków, które zużywszy nagromadzony zapas, giną, a tem samem ustaje dalsze wytwarzanie się toksyny, a powtóre — nagromadzenie się „pneumonic acid“, stanowiącego przyczynę, dla której te zarazki giną, gdy krew przestaje obiegać w pęcherzykowych naczyńkach krwionośnych.

Odpowiednio do swych poglądów na zapalenie płuc, a mianowicie, że jest to choroba nie zapalna, lecz ściśle pasorzytnicza i że pasorzyty te nie niszczą miąższu płucnego, gdyż żyją na wysięku, jak na hodowli, podaje autor wskazówki leczenia tej choroby. Należąc z jednej strony do najgroźniejszych zarazków, pneumokokus posiada nadzwyczaj małą odporność. Dlatego Prof. Smith sądzi, że możemy działać na niego za pomocą leków, wprowadzonych w obieg krwi. — Jednym z najlepszych środków przeciw pneumokokom, według tego autora, ma być salicylan sodowy, kreozot i wielkie dawki chininy.

Dalsze zasady w leczeniu zapalenia płuc mają polegać na podawaniu leków, czyniących krew chorego szkodliwą dla rozwoju i życia pneumokoków, na stósowaniu środków, wspierających czynność wydzielniczą toksyn z ustroju chorego, na podtrzymywaniu sił chorego, a osobliwie serca, na użyciu leków, rozszerzających naczynia krwionośne, na wdychiwaniu tlenu, obniżaniu wysokiej ciepłoty przez zastósowanie hidroterapii, a wreszcie na środkach, stósowanych względnie do występujących objawów.

Rozprawę Prof. Smitha o zapaleniu płuc uzupełniam pracą Sebringa, ogłoszoną w *Medical Record* (z 22 kwietnia), która poczęści pogłębia rozprawę Prof. Smitha.

Pod tytułem *Salicylic Acid in the Treatment of Pneumonia* pisze W. C. Sebring o leczeniu zapalenia płuc zapomocą kwasu salicylowego w następujący sposób: „Na podstawie własnych i moich kolegów doświadczeń klinicznych stwierdzam, że kw. salicylowy, a raczej salicylan sodowy jest lekiem swoistym w zapaleniu płuc. Na poparcie tego twierdzenia podaję bakteriologiczne doświadczenia Prof. Blumera, który udowodnił, że rozczyn 1% salicylanu sodowego zabija pneumokoki w pięciu minutach“; dalej przytacza pracę Prof. T. L. Chittendena, który robił doświadczenia z powyżej wymienionym lekiem, i znalazł, że salicylan sodowy dostaje się bez zmiany do krwi i nie działa szkodliwie na serce, nawet podany w najwyższej dawce. Pomimo szybkiego wydzielania się z ustroju, cząstka tego przetworu pozostaje we krwi przez czas dłuższy i czyni ją antyseptyczną. Najważniejszym jednak argumentem na korzyść tego leku w zapaleniu płuc jest przytoczenie stu przypadków zapalenia płuc z własnej praktyki, leczonych salicylanem sodowym, z których tylko jeden zakończył się śmiercią, oraz 125 przypadków, leczonych przez innych lekarzy z dwoma zejściami śmiertelnemi. Ale i tych trzech przypadków, według Dr. Sebringa, nie należy liczyć na karb leczenia, gdyż dwa z pomiędzy nich zaszły u nadzwyczaj starych ludzi, z których jeden chory miał lat 98, a drugi 78; trzeci zaś przypadek śmierci nastąpił u chorej 70-cio letniej, która była słabą dłuższy czas przedtem na chorobę sercową.

Ostateczne wnioski, co się tyczy leczenia zapalenia płuc salicylanem sodowym, są następujące:

1) Dawka zwykła, jak w gośćcu 0·5 co dwie godziny. 2) Zastósowany w początku choroby, zwalnia przyspieszone tętno. 3) Działa uspakajająco na układ nerwowy, a nawet wywiera wpływ usypiający. 4) Prędko i pewnie łagodzi bóle opłucnowe. 5) Zapobiega bredzeniu. 6) Zapobiega znużeniu serca. 7) Po paru pierwszych dawkach chory zaczyna się pocić i poty trwają tak długo, jak długo trwa choroba w płucach, gorączka zaś nie dochodzi nigdy do wysokiego stopnia. 8) Zapobiega wytwarzaniu się powikłań. 9) W dziewiętnastu przypadkach na dwadzieścia choroba ustąpiła przez *lysis*. 10) Zmniejsza trwanie choroby, bo chorzy, w ten sposób leczeni, powracali do zdrowia w krótszym przeciętnie czasie, aniżeli leczeni innym sposobem. 11) Zajęta część płuca wolniej wchodzi w okres rozdzielania się, jednak całkowite wyzdrowienie chorego następuje prędzej. 12) Zmniejsza ciężki przebieg choroby, wziąwszy całość przebiegu na uwagę.

Dr. Siemiṅowicz (Praga cz.).

Kälble. **Badania prawidłowych gruczołów oskrzelowych pod względem zawartości bakteryj.** (*Münch. med. Wochens.*, 1899, Nr. 19). Już przed 12 laty stwierdzono, że paciorkowce mogą się znajdować w górnych drogach oddechowych zdrowych osobników, a wkrótce potem wykryto w licznych badaniach, że znajdować się tam mogą jeszcze inne, najrozmaitsze drobnoustroje chorobotwórcze, a posiadające pełną jadowitość. Aż do niedawnych czasów jednak sądzono, że te bakterye nie dostają się w zwykłych warunkach głębiej, niż do wielkich oskrzeli i że wogóle zostają z dróg oddechowych wydalone zapomocą ruchu migawkowego; płuca ludzi zdrowych uważano powszechnie za wolne od drobnoustrojów chorobotwórczych. Dopiero świeżo dowiódł Dürck, że i w zdrowych płucach znajdować się mogą drobnoustroje chorobotwórcze, a jadowite, jak prątek Friedländera, dwoinka Fränkla, prątek okrężniczy, paciorkowce i gronkowce ropotwórcze; wszystkie te bakterye zdołał on wykryć nawet w pęcherzykach płucnych. Wobec tego, że cząstki węgla w pylicy płuc dostają się jeszcze dalej, mianowicie do gruczołów chłonnych, nasuwało się pytanie, czy i bakterye aż tam u zdrowych osobników niekiedy nie docierają? Pod tym względem istnieją już wprawdzie badania co do prątków gruźliczych; stwierdzono nawet kilkakrotnie, że prątki te mogą się znajdować w gruczołach chłonnych oskrzelowych u osób dorosłych, skądinąd zdrowych; jednakże w badaniach tych albo znajdowano już i anatomiczne zmiany gruźlicze w gruczołach, albo też zaniedbywano badania histologicznego, przez co oczywiście zagadnienie, czy w zdrowych gruczołach oskrzelowych mogą znajdować się chorobotwórcze, a jadowite bakterye, pozostało nierozwiązane. K. ponowił badania, zachowując jednak wszelkie możliwe ostrożności i sprawdzając wyniki badań bakteryologicznych zapomocą drobnowidowych badań gruczołów. Przedewszystkiem zaś, aby uniknąć wszelkich źródeł błędu, badał K. gruczoły oskrzelowe zdrowych, świeżo bitych świń, gdzie oczywiście nie było mowy o tem, aby bakterye dostały się do gruczołów już po śmierci, lub w ostatnich chwilach życia. — Badania zapomocą szczepień na świnkach morskich wykazały u 3 na 20 badanych sztuk obecność jadowitych dwoinek zapalenia płuc (Fränkla). Jeszcze dosadniejsze wyniki wydało badanie zapomocą hodowli. Mianowicie z owych 20 sztuk tylko u 5 nie zawierały gruczoły oskrzelowe żadnych bakteryj; u 6 znaleziono jeden, u 6 dwa, a u 3 trzy rodzaje drobnoustrojów. Mianowicie wyhodowały się: 6 razy gronkowce, 4 razy paciorkowce, 3 razy prątek Friedländera, 3 razy prątek okrężniczy, raz dwoinki Fränkla, zresztą kilka bakteryj nieszkodliwych. Zarówno gronkowce i paciorkowce, jak prątki Friedländera i dwoinki Fränkla, w ten sposób wyhodowane, okazywały wielką jadowitość. Wogóle więc okazuje się, że gruczoły oskrzelowe u świń bardzo rzadko nie zawierają żadnych drobnoustrojów i przeciwnie bardzo często zawierają bakterye chorobotwórcze, jadowite.

U ludzi badał K. rzecz tę tylko co do prątków gruźliczych. Do badań wybrał 30 zwłok jak najświeższych, — osób zmarłych na choroby ostre lub wskutek nieszczęśliwych wypadków. W 7 przypadkach wynik badania był dwuznaczny i te K. pozostawia na boku. Z pozostałych 23 w 2 t. j. w 8% znalazły się w gruczołach oskrzelowych zdrowych, to znaczy, anatomicznie niezmienionych, u osób nie gruźliczych jadowite prątki gruźlicze.

Autor sądzi wobec tego, że gruczoły chłonne są nietylko filtrem, zatrzymującym czynniki dla ustroju szkodliwe, lecz że zarazem są one miejscem, gdzie te czynniki ulegają zniszczeniu lub zobojętnieniu. Czy to się dzieje za pośrednictwem fagocytozy, czy aleksynów, autor nie rozstrzyga; możliwe jest jedno i drugie. — Dalszym wnioskiem, dającym

się wysnuć z doświadczeń autora, jest twierdzenie, że obecność chorobotwórczego jadowitego drobnoustroju w gruczołach chłonnych nie wystarcza jeszcze do tego, aby wywołać ich schorzenie; trzeba do tego jeszcze innych czynników fizycznych i chemicznych, działających szkodliwie na ustrój. Zdaniem autora — może również zdarzyć się, że jadowite bakterye, dostawszy się do gruczołów oskrzelowych, przechodzą przez nie dalej, nie wywoławszy w samych gruczołach żadnych zmian; to tłómaczyłoby może sposób powstania niektórych postaci posocznicy i ropnicy, dla których punktu wyjścia dotąd nie znamy (t. zw. kryptogenetische Septicopyämie). *Ciechanowski.*

Er. T. Ringel: **Rozmiękczenie kości u mężczyzny.** *(Beitr. z. klin. Chir.*, T. 23, Z. 2). Cierpienie to rzadko poza sprawami połogowemi u kobiet występujące, wyjątkowo zdarza się u mężczyzn. Dotychczas opisano 3 takie spostrzeżenia; przypadek R. jest czwartym. Historya choroby w krótkości opowiada, że u 25-letniego mężczyzny, leczonego z powodu wrzodu żołądka, wystąpiło ogólne osłabienie mięśniowe i zaburzenia wzrokowe. W 4 lata później stwierdzono znaczne skrzywienie kręgosłupa, uniemożliwiające choremu jakiekolwiek zatrudnienie tak, że musiano założyć gorset gipsowy, mimo którego w $1^1/_2$ roku wytworzyło się znaczne zniekształcenie klatki piersiowej. W dalszym ciągu osłabienie wzmagało się, chory stał się niezdolnym do jakiejkolwiek pracy i umarł po 11 latach choroby z powodu krwotoku żołądkowego. Sekcya wykazała rozmiękczenie kości w kręgosłupie, miednicy i czaszce. Kości kończyn nie były zajęte. *Herman.*

Loewenberg: **Chorobotwórczy czworniak** *(sarcina). (Annales de l'Institut Pasteur*, 1899, Nr 4). Według badań L. sprawcą ozeny jest opisany przez niego w roku 1894 prątek. W niektórych jednakże przypadkach przyczyną tego cierpienia mogą być i inne drobnoustroje. W jednym przypadku ozeny znalazł L. wydzielinie nosowej i wyhodował nieznaną dotąd odmianę czworniaka (sarcina), tem się różniącą od dotychczas znanych jego gatunków, że jest bardzo zabójczą dla zwierząt. Króliki, myszy i morskie świnki giną po wstrzyknięciu śródotrzewnowem czystej hodowli tej odmiany czworniaka w krótkim czasie wskutek gwałtownego zapalenia otrzewnej. W hodowlach zachowuje czworniak Löwenberga przez czas pewien znamienny swój sposób podziału i wynikającą z niego cechującą swą postać; później zatraca ją, podobnie, jak i inne czworniaki. Że w danym przypadku czworniak ów był przyczyną cuchnienia z nosa, dowodzą dwie okoliczności: po pierwsze, że nie zdołano w wydzielinie nosowej w tym przypadku wykazać drobnowidowo, ani z niej wyhodować, żadnych innych drobnoustrojów, a powtóre, że z chwilą wyleczenia ozeny i zniknięcia cuchnienia z nosa, zniknęły też zupełnie i czworniaki z wydzieliny. *C.*

Dr. Hödlmoser Karol. **Przypadek wzrostu karłowatego.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 15). Prof. H. Kundrat dzieli wzrost karłowaty w sposób następujący: 1) Nieprawidłowość miary, czyli zaburzenie we wzroście, polegające na zmianie ilościowej; 2) Przeszkoda w sposobie wzrostu, czyli zaburzenie, polegające na zmianie jakościowej. Do 1-go rzędu należy: małość wskutek niedostatecznej czynności, niewystarczającego odżywienia (u ludów karłowatych ta właściwość rasowa przekazywana była dziedzicznie), wskutek niedokształtu, wrodzonych chorób układu nerwowego, jak małogłowie, wodogłowie i t. d., wreszcie wskutek chorób nabytych (wady sercowe, choroby kości). Rząd 2 stanowią: krzywica, matołectwo, krzywica wrodzona, wreszcie wzrost karłowaty κατ' ἐξοχήν, który stanowi osobny typ patologiczno-anatomiczny podług Kundrata i A. Paltaufa.

Autor opisuje szczegółowo zajmujący przypadek, spostrzegany w klinice prof. Schrettoera, który zaliczyć należy do rzędu 1-go. Wzrost karłowaty łączył się w tym razie z wrodzoną wązkością układu naczyniowego. Chłopiec 16-letni miał wzwyż 125·1 ctm., kiedy średnia miara w tym wieku wynosi podług Queteleta 157·4 ctm., a podług Zeisinga 162·5 ctm. Autor zalicza przypadek ten do rzędu 1-go, wzrostu karłowatego wskutek niedokształtu. Jest to więc prosty wzrost karłowaty, pozostający w związku z wrodzoną wązkością tętnicy głównej i jej układu, a na powstanie jego mógł wpłynąć niedostateczny rozwój gruczołu tarczykowego. Autor dodał fotogram chłopca w całej postaci i dwa radyogramy ręki i nogi. *Dr. Eljasz-Radzikowski* (Lwów).

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Przy figówce *(sycosis)* usuwa Prof. Hays najpierw strupy zapomocą oliwy *(Ac. carbol 1,0 Bals. peruv 2,0 Ol. Olivar 97,0)*, poczem każe ostrzydz włosy, lecz nie golić i przykładać kilka razy dziennie ciepłe okłady z *solutio Calcii oxysulfurati. (The Americ. Pract.). F. K.*

Prof. Hoffa *(Münch. med. Wochschr.* 1899, Nr. 9) ogłasza swe doświadczenia z mydłem przy różnych postaciach gruźlicy stawów, kości, gruczołów i skóry. Wyniki w 200 przypadkach były nader zadawalające. Do użycia zaleca mydło znane w aptekach pod nazwą: *sapo kalinus venalis*, jako jedynie skuteczne. 25—40 grm. tego przetworu należy wcierać 2—3 razy na tydzień, zwykle wieczorem, w grzbiet, począwszy od karku, aż do przegubów kolanowych. Założone opatrunki, oraz gorsety, zdejmuje się na czas nacierania i przykrywa papierem kauczykowym istniejące rany lub nacieki. Mydło pozostaje na skórze przez ćwierć godziny, poczem zmywa się mydłem i wodą ciepłą. Chory po natarciu pozostaje w łóżku. — Co do sposobu działania, to sądzą niektórzy autorowie, że przez mydło potasowe alkaliczność krwi wzrasta; wielu podaje, że po wcieraniu zwiększa się ilość moczu. *F. K.*

Lewith używa w praktyce ludzi biednych przy leczeniu wyprysku, rumienia i t. p. zamiast kosztownych maści, białka jaja, które rozsmarowuje na skórze w cienkiej warstwie i chwali osłaniające, uciskające i chłodząco działanie białka. *(Arch. f. Derm. und Syph. T. 43). F. K.*

Latouche przestrzega *(Bull. de la soc. de chir.)* przed używaniem zewnętrznem tak chętnie obecnie stosowanego kwasu pikrynowego, który sprowadził mu w dwu przypadkach objawy zatrucia pod postacią wymiotów, biegunki, śpiączki i ciemnego zabarwienia moczu, — trwające w jednym przypadku do 8 dni. *F. K.*

Casper odpiera *(Monatsber. ü. Harn u. Sexapp. 13, 3, 12)* zarzut stawiany leczeniu rzeżączki rozczynami azotanu rtęciowego, jakoby wywoływały zwężenia cewki moczowej. Badania na zwierzętach, jak i doświadczenie kliniczne przemawia za tem, że przepłókiwania tymi rozczynami raczej mogą zapobiegać występowaniu zwężeń, a nie sprowadzać je. *F. K.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 3 maja 1899 r.

Przewodniczy kol. prezes prof. Dr. Pieniążek. — Członków obecnych 34.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Doc. Ciechanowski przedstawia:

a) (NS. 935/98). Okaz raka macicy, pochodzący z 42-letniej kobiety, która zmarła z ostrej niedokrwności wskutek krwotoku z części rodnych. Przy sekcyi nie bez zdziwienia stwierdzono, że krwotok nie pochodził z macicy i nie z tkanki rakowej, lecz z pęcherza. Macica była nieco powiększona, znacznie pochylona ku tyłowi i w tem położeniu zrostami ustalona. Część pochwowa macicy aż ponad ujście wewnętrzne, oraz sklepienia pochwy zajęte rozpadającym się naciekiem nowotworowym, przerastającym ku przodowi na tylną ścianę pęche-

rza. W macicy, ani w pochwie krwi wcale nie było; powierzchnia rozpadłego nowotworu blada. Pęcherz rozmiarów głowy noworodka, wypełniony ciemno-czerwonymi skrzepami krwi. Na tylnej jego ścianie ponad trójkątem Lieutauda znajdowały się na błonie śluzowej liczne, drobne, brodawkowate i kosmkowate, galaretowate, miękie, żywo czerwone wybujałości; na przekroju widać już gołem okiem, że dość twardy naciek rakowy, wrastający w tylną ścianę pęcherza z macicy, dociera wprawdzie tuż pod błonę śluzową pęcherza, ale jeszcze nigdzie przez nią się nie przebił do jego światła i nie był bezpośrednio źródłem krwotoku. Potwierdza to badanie drobnowidowe (demonstracya preparatów) Ponad utkaniem rakowem w ścianie pęcherza widać błonę śluzową, której ciągłość nigdzie jeszcze nie jest przerwana; z niej ku światłu wznoszą się wydłużone, brodawkowate wyrośle łącznotkankowe, wiotkie, silnie unaczynione, powleczone przybłonkiem, które były przyczyną krwotoku Wyrośle te są gdzieniegdzie tak obficie rozwinięte, że możnaby mówić prawie o brodawczaku (*papilloma*). W tkance okołomacicznej znajdowały się przerzutowe ogniska rakowe.

W piśmiennictwie znajduje się wzmianka o czemś podobnem w dziele Kloba: *Pathol. Anat. der weibl Sexualorgane* (1864 str. 184), który, omawiając częste wrastanie raków macicy w ścianę pęcherza, podaje, że w chwili, gdy naciek rakowy dojdzie pod błonę śluzową pęcherza, ulega ona często obrzękowi i okazuje wiotkie, galaretowate garby i wyniosłości (»schlotternde, gelbröthlich durchscheinende Buckel«). W przedstawionym przypadku zasługuje na uwagę nietylko rozwój jakby drugiego, odmiennego rodzaju nowotworu pod działaniem raka, docierającego do błony śluzowej, ale także niezwykły sposób, w jaki powstał zabójczy krwotok.

b) (NS. 420/98). Okaz nowotworu gruczołu tarczowatego (płatu prawego), który utworzył przerzuty w płucach, pochodzący z kobiety 60-letniej, zmarłej na zapalenie włóknikowe płuc. Nowotwór okazuje pod mikroskopem utkanie raka gruczolakowego. Ze względów klinicznych zasługują na uwagę stosunkowo niewielkie rozmiary pierwotnego ogniska nowotworowego, i torebka, którą zewsząd jeszcze jest otoczony, nie zrastając się nigdzie z otoczeniem.

c) (NS. 427/99). Okazy anatomiczne, pochodzące z kobiety 32-l., zmarłej na posocznicę której punktem wyjścia było zapalenie okostnej ostatniego zęba trzonowego lewego szczęki dolnej. Przy sekcyi znaleziono świeże odłamanie korony tego zęba; korzeń jego tkwił luźno w zębodole, otoczony cuchnącą posoką. Tylna krawędź zębodołu ogołocona z dziąseł, nadżarta, nierówna. Na wewnętrznej stronie szczęki dolnej t. j. od strony jamy ustnej okostna oddzielona od kości przez ciecz posokowatoropną; sprawa ta zajmuje po stronie prawej także wewnętrzną powierzchnię wyrostka zębodołowego; po lewej stronie (gdzie brak drugiego zęba policzkowego, a zębodół po nim zupełnie zarośnięty) zapalenie okostnej nie dociera do wyrostka zębodołowego. Natomiast w okolicy kątów szczęki zapalenie przeniosło się i na zewnętrzną powierzchnię szczęki, zajmując po stronie prawej przestrzeń rozleglejszą, niż po lewej Ropienie przekracza tu obręb okostnej i sięga wśród mięśni głębiej ku wielkim naczyniom szyjnym. Błona śluzowa, pokrywająca wewnętrzną stronę szczęki i dno jamy ustnej gdzieniegdzie zielonkowato zabarwiona; zresztą błona śluzowa jamy ustnej niezmieniona; w mięśniach dna jamy ustnej naciek posokowato-ropny, nie sięgający jednak w tkankę podskórną podbródka, na którym znajduje się nacięcie operacyjne, sięgające aż do zajętych mięśni. Oprócz tego znaleziono: rozmiękający posokowato skrzep w zatoce jamistej (*sinus cavernosus*) po stronie prawej, ropne zapalenie oskrzeli i ogniskowe ropne zapalenie płuc, ostry obrzęk śledziony i zwyrodnienia narządów miąższowych.

d) (NS. 423/99). Okaz zapalenia mieszkowego ropnego jelit, zajmującego kiszkę ślepą z wyrostkiem robaczkowym z jednej, a pętlę esowatą i odbytnicę z drugiej strony, pochodzący z 17-letniej dziewczyny, u której zresztą znaleziono ogniskowe włóknikowe zapalenie obu płuc, zserowacenie niektórych gruczołów pozaotrzewnowych i zwyrodnienie skrobiowate śledziony, wątroby, nerek i jelit. Przypadek ten, zresztą dość pospolity, przedstawiał jeden tylko niezwykły szczegół: mianowicie wyrostek robaczkowy przyrósł swym końcem do górnej części odbytnicy, poczem uległ na końcu przedziurawieniu, przez co powstało połączenie między jelitem ślepem a odbytnicą. Takie następstwo mieszkowego zapalenia jelit nie było dotąd, jak się zdaje, spostrzegane; przedstawiony okaz jest zresztą przykładem owego rzadszego rodzaju postronków śródbrzusznych, mogących dać powód do zadzierżgnięcia pętli jelitowych, mianowicie postronków, które stanowi przyrośnięty swym wolnym końcem wyrostek robaczkowy.

e) (NS. 220/99). Okaz blizn kiłowych wątroby (*hepar lobatum syphiliticum*), pochodzący z 64-let. kobiety, zmarłej wskutek zapalenia płuc włóknikowego, a dotkniętej rozległem rozmiękczeniem mózgu wielokrotnem w zakresie lewej półkuli mózgowej. W okolicy lewego płatu skroniowego istniał płaski kilak, zajmujący opony twardą i miękie i powierzchowne warstwy kory mózgowej. Innych zmian kiłowych w ustroju nie znaleziono, tylko w prawym, znacznie pomniejszonym płacie wątroby rozległe, gwiazdziste blizny, które sprowadziły głębokie wręby i nieregularne zaciągnięcia na powierzchni. (Najdłuższy wymiar płatu w kierunku czołowym 8 cm., w strzałkowym 10, w pionowym 7 cm.). Podobne mniejsze i płytsze zaciągnięcia znajdują się i w sąsiedniej części płatu lewego, który zresztą przedstawia typowy obraz przerostu zastępczego, jest bowiem od płatu prawego znacznie większy, (wymiary: 14 × 18 × 8 ctm.) okrągławy. Przerost zastępczy, zjawisko zresztą znane i spostrzegane niejednokrotnie nietylko w przypadkach zmian kiłowych wątroby, ale także w przypadkach bąblowca i t. p., w przedstawionym okazie doszedł bardzo znacznego stopnia, wynagradzając ubytek tkaniny w prawym płacie prawie zupełnie, jak o tem świadczy choćby tylko waga całego narządu (1095 gramów. Prawidłowa waga wątroby u kobiet w podobnym wieku — 60—80 lat, wynosi według Geista średnio 1052 do 1220 gramów). Ani wśród blizn, ani w tkance wątrobowej niema nigdzie ani śladu kilaków. Okazy, podobne do przedstawionego, nie są tak częste, jakby się zdawać mogło ze wzmianek po podręcznikach. W ciągu 5 lat ostatnich jest to w Krakowie pierwszy okaz wśród 5000 z górą sekcyi.

f) (NS. 443/99). Okaz wrodzonego uchyłka przełyku, w postaci kanalika, przebiegającego równolegle do osi przełyku w tkance podśluzowej, a kończącego się 2 otworami, jednym w połowie, drugim w $^{1}/_{4}$ dolnej części przełyku. Okaz ten pochodzi ze zwłok dziecka $3^{1}/_{2}$-letniego

g) (NS 971/99). Przypadek wrodzonej niedrożności jelita biodrowego (ma być ogłoszony osobno).

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Kostanecki, który wyjaśnia powstawanie przedstawionych przez prelegenta zmian wrodzonych. Pierwsza z nich powstaje skutkiem tego, że gardło i przełyk pierwotnie nie łączą się ze sobą i są oddzielone pasmem przybłonka, lub niekiedy nawet tkanką łączną. Przełyk, torując sobie w niej drogę ku gardłu, może się rozszczepić na dwie części, które ku górze znów ze sobą się łączą. Druga wada powstaje niezawodnie w ten sposób, że zanikanie przewodu żółtkowego przenosi się na przyległą część jelita cienkiego.

II. Kol. Borzęcki demonstruje przyrząd do podręcznego wyrabiania wody sodowej zapomocą naboi, napełnionych kwasem węglowym.

III. Kol. Czapliński, prymaryusz szpitala w Nowym Sączu, opowiada historyę choroby dwojga chorych, u których wykonał laparotomię. U jednego z nich wskazaniem do operacyi były objawy niedrożności jelit, wywołane, jak się okazało przy operacyi, przez przepuklinę wewnętrzną. Pierścień przepuklinowy (demonstracya preparatu) stanowiła kreska jelita cienkiego i zrośnięty z nią w dwóch miejscach postronek łącznotkankowy (wydłużona *appendix epiploica*) Pierścieńten przerwano przy próbach odpętlenia i w ten sposób jelita uwolniono Przypadek skończył się jednak niepomyślnie, gdyż operowano w znacznym zapadzie. W drugim przypadku u kobiety 50-letniej przepuklina Littrégo udowa prawa, uwięznięta i przyrośnięta, była od 11-go roku życia powodem okresowo się pojawiających napadów niedrożności, ale tylko częściowych, gdyż towarzyszyła im biegunka. W przepuklinie znajdowała się tylko część obwodu jelita, wypuklona w miejscu przeciwległem przyczepowi krezki. Część tę wycięto, a ubytek zespolono szwem dwupiętrowym. Przebieg następny był bez odczynu. Prelegent demonstrował jeszcze okazy z trzech innych przypadków, operowanych przez siebie (będą ogłoszone w *Przeglądzie lekarskim* przez kol. Zielińskiego, sekundaryusza szpitala), wreszcie stół operacyjny prof. Rydygiera, odznaczający się bardzo prostą budową i łatwo dający się odkazić.

IV. Kol. Rutkowski przedstawia przypadki, które operował w krakowskiej klinice chirurgicznej, a mianowicie 1) przypadek mięsaka jamy nosogardłowej, operowany sposobem Partscha; 2) przypadek kamicy żółciowej i zapalenia woreczka żółciowego; wykonano

wycięcie woreczka; 3) przypadek przepukliny udowej uwięźniętej i operowanej w 24 godzin po uwięźnięciu; u chorej powstała następnie niedrożność skutkiem kątowatego zagięcia jelita przedtem uwięźniętego, przystąpiono znowu do laparotomii, która została uwieńczoną skutkiem pomyślnym; 4) przypadek nerki wędrującej, wyleczony przez wykonanie przyszycia nerki sposobem Obalińskiego.

Sekretarz doroczny: *Dr. Lewkowicz.*

VI. Klinika lekarska w Krakowie.

Pojutrze, dnia 10 czerwca, odbędzie się uroczystość poświęcenia kamienia węgielnego pod gmach kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie.

Znaczenie kliniki lekarskiej w całokształcie nauczania lekarskiego jest bezsprzecznie — pierwszorzędne. Powstanie budynku z uwzględnieniem kierunku dzisiejszych metod badania i leczenia, a takim ma być wyposażona nowa klinika, czyni zadość nieodzownym potrzebom obecnego nauczania lekarskiego.

Pierwszy zawiązek klinik krakowskich wogóle datuje się od roku 1780, w którym, za staraniem Prof. Badurskiego, wiekopomna Komisya edukacyjna Królestwa Polskiego pod przewodnictwem prymasa księcia Michała Poniatowskiego uchwaliła urządzić w gmachu pojezuickim przy kościele św. Barbary szpital akademicki, pod nazwą szpitala św. Barbary i przeznaczyła go początkowo do umieszczenia 3 chorych, mających służyć do celów nauczania; szczupła ta liczba wkrótce została powiększoną do 16 łóżek. Do obsługiwania chorych powołane zostały Siostry Miłosierdzia, które przeniosły do zabudowań szpitala swoją siedzibę. Bliskość jatek, cmentarza, położenie śródmiejskie, a przytem brak miejsca, kazały pomyśleć o wynalezieniu stósowniejszego umieszczenia szpitala akademickiego. Przyszło to do skutku w roku 1788, w którym prymas Poniatowski przeniósł Karmelitów Bosych z zabudowania przy kościele św. Łazarza na Czernę, a opróżniony budynek ze wszystkiemi przynależytościami i funduszami przeznaczył na własność szpitala, który szpitalem akademickim św. Łazarza nazwał. Do tego szpitala, wraz z własnymi funduszami, przeniosły się i Siostry Miłosierdzia. Do roku 1796 Uniwersytet krakowski był istotnym właścicielem szpitala św. Łazarza i funduszów do niego należących; wszyscy chorzy, w murach tego szpitala leczeni, służyli do celów naukowych, a Siostry pełniły tylko obsługę chorych. Zgubny przewrót w tych stosunkach nastał w roku 1796, gdy rząd austryacki, zająwszy Kraków w posiadanie, bez ściślejszego zbadania sprawy ze stanowiska prawnego, przyznał szpital i fundusze niepodzielnie Siostrom Miłosierdzia. Korzystając z nabytego prawa własności, Siostry Miłosierdzia pospieszyły wyznaczyć od siebie profesorom klinik pewną liczbę chorych dla celów naukowych, z których dla kliniki lekarskiej przypadło łóżek 12.

Za czasów księstwa warszawskiego (1808—1815) Uniwersytet dopominał się zwrotu swej własności, lecz bezskutecznie. Czasy wojenne stały na przeszkodzie do załatwiania tego rodzaju spraw. Po utworzeniu na kongresie wiedeńskim Rzeczypospolitej krakowskiej, wydelegowaną została przez trzy rządy opiekuńcze komisya, do której zadań należało między innemi i urządzenie szpitali. Uniwersytet utworzył ze swego grona komitet, który miał się znosić z tą komisyą i udowodnić prawo własności Uniwersytetu do szpitala św. Łazarza; gdy jednak nie przedstawił dokumentu erekcyjnego, bo nie mógł go odszukać w oryginale, a przytem działał nieporadnie i gnuśnie, władze akademickie ten komitet rozwiązały, a powołały nowy.

Gdy jednak i ten nie mógł przedłożyć oryginalnego aktu erekcyjnego, wydanego przez prymasa księcia Poniatowskiego, wyżej wymieniona komisya organizacyjna, nie wdając się już w dalsze roztrząsanie tej sprawy, statutem, urządzającym Uniwersytet krakowski z dnia 13-go września 1818 r. pozostawiła nadal kliniki w tym samym stosunku do szpitala św. Łazarza, w jakim je znalazła i przeznaczyła na klinikę lekarską łóżek 12. W myśl ogólnych zasad urządzenia szpitali krakowskich, uchwalonych przez komisyę organizacyjną trzech opiekuńczych dworów, senat rządzący, ustawą z dnia 8 marca 1819 r. określił bliżej stosunek szpitala do klinik i Sióstr Miłosierdzia. Lecz i ta ustawa nie oznaczała jasno przeznaczenia poszczególnych funduszów; stan zatargów i nieporozumienie trwały dalej ku widocznej szkodzie chorych i nauki; wszelkie starania profesorów Boduszyńskiego, a następnie Brodowicza, by polepszyć stan klinik, nie odniosły skutku; pozostawał tylko jeden środek: przenieść kliniki ze szpitala św. Łazarza i pozbyć się raz na zawsze wszelkiej od niego zależności. Po przezwyciężeniu największych trudności udało się wreszcie zakupić dom na przedmieściu Wesoła, należący do loży wolnych mularzy, do którego, po zrestaurowaniu i przysposobieniu, przeniesione zostały kliniki w r. 1827, gdzie klinika lekarska pozostaje do dnia dzisiejszego. W r. 1833 wyznaczoną została nowa komisya organizacyjna przez 3 dwory opiekuńcze, która, zająwszy się powtórnie urządzeniem Uniwersytetu, zarządziła powiększenie kliniki lekarskiej z 12 na 18 łóżek. Budynek, w którym mieściły się kliniki lekarska i chirurgiczna, został w r. 1843 rozszerzony przez dobudowanie dwóch skrzydeł tak, iż liczba łóżek w klinice lekarskiej, która zajmowała całe I piętro, urosła z 18 do 24. Po wybudowaniu kliniki chirurgicznej, która do tej pory mieściła się na parterze budynku, a którego I pierwsze piętro zajmowała klinika lekarska, ta ostatnia zajęła opróżnione ubikacye.

O niestósowności dotychczasowego budynku dla celów klinicznych i naukowych rozwodzić się nie będziemy, jako o rzeczy powszechnie znanej lekarzom naszym.

Nowa klinika, pod budowę której pojutrze położy się kamień węgielny, zawierać będzie 56 łóżek; stanie ona na gruntach szpitala św. Łazarza, kosztem 202.500 złr., z której to sumy 164.500 złr. przypadnie na budowę pawilonu klinicznego i pawilonu dla chorób zakaźnych, a 38.000 złr. na urządzenie obydwu budynków. W ten sposób stanie się zadość długoletnim staraniom Wydziału lekarskiego i obecnego kierownika kliniki c. k. Radcy Dworu prof. E. Korczyńskiego.

Kierownikami krakowskiej kliniki lekarskiej w ciągu ubiegłych 120 lat, t. j. od chwili jej założenia, byli następujący Profesorowie: Badurski Jędrzej, prof. rzeczywisty (1780—1789). Kostecki Franciszek, prof. rzeczywisty (1789—1804). Colland — zastępca w r. $180^4/_5$. Hildebrand Walenty, prof. rzecz. w r. $180^4/_5$. Schultes — zastępca w półroczu zimowem $180^6/_7$. Kilian — zastępca aż do r. 1810. Kostecki Franciszek — zastępca od r. 1810 do 1811. Boduszyński Wojciech, prof. rzeczywisty (1811 do 1819). Linhardt, prof. rzeczyw. (1819—1822). So-

czyński — zastępca do r. 1823. Brodowicz Józef, — prof. rzeczyw. (1823—1850). Dietl Józef, prof. rzeczyw. (1851—1865). Gilewski Karol, prof. rzecz. (1865—1871). Pareński Stanisław — zastępca (1871—1873). Biesiadecki Alfred — zastępca (1873—1874). Rosner Antoni — zastępca (1873—1875). Korczyński Edward, prof. rzeczywisty, od 9 stycznia 1875 roku.

Asystenci: Wróblewski Szymon (1833—1837). Bobrzyński Błażej (1837—1841). Brodowski Franciszek (1841—1844). Tyrchowski Władysław i Lisowski Mikołaj w zimowem półroczu 1844/5. Zieleniewski Michał (1845—1847). Stanisławski Józef (1847—1852). Łuczkiewicz Henryk (1852—1855). Kopczyński Ferdynand (1855—1859). Fałęcki Józef (1859—1863). Szewczyk Józef (1863—1864). Gawlik Jan w r. 1864. Serkowski Bolesław (1865—1870). Korczyński Edward (1870—1871). Pareński Stanisław w r. 1871. Królikowski (zastępczo) 1871—1873. Merunowicz Józef (1873 do 1875). Paszkowski Stanisław (1875—1879). Ponikło Stanisław (1879—1882). Gluziński Antoni (1883—1887). Prus Jan (1886 — II-gi asystent). Surzycki Józef — (1887 — II-gi asystent; 1888—1891 — I-szy asystent). Buzdygan Mikołaj 1888—1891 — II-gi asystent, 1892 — I-szy asystent). Rożecki Józef (1892 — II-gi asystent; 1893—1894 — I-szy asystent). Korczyński Ludomił (1893—94 II gi asystent; 1895—1897 — I-szy asystent). Piątkowski Maryan (1895—1897 II-gi asystent; od 1-go lipca 1897 I szy asystent). Renck Roman (1896 — III-ci asystent). Kędzior W. 1897 III ci asystent; 1898 (od lipca) II-gi asystent; od r. 1898 do dnia dzisiejszego I-szy asystent), Wernicki K (1897 — III-ci asystent). Kwiatkowski St. (1898 — do dnia dzisiejszego II gi asystent). Maleszewski Wł. (1898—1899 III-ci asystent). Wąsowicz Zygmunt (1899 — III ci asystent).

Personal pomocniczy w obecnej chwili stanowią: I-szym asystentem jest Dr. Kędzior Wawrzyniec; II-gim Dr. Kwiatkowski St.; posada III go asystenta na razie nie obsadzona. Elewi: Dr. Latkowski J., Dr. Kubisztal St., Dr. Schmidt Adam i Dr. Nitsch Roman.

Dźwignąć się mającej klinice życzymy, oby po wszystkie wieki była przybytkiem i krzewicielką rzetelnej nauki. Kamień węgielny, na którego podwalinie spocznie gmach nowy, oby się stał symbolem granitowej wytrwałości w pracy, cnocie i umiłowaniu wiedzy wszystkich tych, którzy pod tym dachem zdobywać będą zawodowe i etyczne wykształcenie.

Dr. A. Kwaśnicki.

VII. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski,

(Ciąg dalszy).

2. posiedzenie, dnia 11 kwietnia popołudniu.

1) Pelc (z Pragi): *O nagminnych wystąpieniach duru osutkowego w Czechach.*

Począwszy od ostatniego zawleczenia duru osutkowego do Czech w r. 1888, urzędowe wykazy zapisały w roku wymienionym 412 przypadków, w 1889 — 67, w 1890 — 3. Następnie po czteromiesięcznej przerwie pojawił się znowu dur osutkowy w roku 1891 i odtąd już co roku zdarzają się nagminne wystąpienia tej choroby zwłaszcza w części północnej i wschodniej Czech. Można było stwierdzić, że dur osutkowy posuwał się zawsze wzdłuż głównych dróg komunikacyjnych, najczęściej w kierunku zbieżnym ku samej Pradze. Najwięcej zawlekali chorobę robotnicy kolejowi. Wnosili zazwyczaj zarazę do gospody, w której sypiali, a potem do drugiej, do której się następnie przenosili. Okres wylęgania trwał, jak stwierdzono w wielu przypadkach, ponad 10 dni.

2) M. Schmidt (z Frankfurtu n/M.): *Wczesne rozpoznanie i leczenie tętniaków tętnicy głównej.*

Rozpoznawanie tętniaków tętnicy głównej postąpiło znacznie naprzód od chwili odkrycia objawu Oliver-Cardarelliego (zjawisko tętnienia krtani) i po zastósowaniu prześwietlania Roentgenowskiego. Do wczesnego rozpoznania przyczyniają się już dawniej znane objawy, jak: porażenie nerwu wstecznego (recurrens), tętnienie i stłumienie w okolicy mostka, zmiana w tętnie tętnicy sprychowej. Pod względem etyologicznym ważną jest rzeczą uszkodzenie błony środkowej tętniczej, które znów w wielu przypadkach, choć nie we wszystkich, polega na przebytej poprzednio kile. Schorzenie błony środkowej, wywołane kiłą, dopiero w dalszym ciągu, wskutek przewlekłych lub ostrych urazów, prowadzi do powstania tętniaka. Najlepszym środkiem leczniczym w zwalczaniu tętniaka jest, jak się ogólnie na to zgodzić trzeba, jodek potasowy. Sam ten lek jednak nie wystarcza do wyleczenia z tętniaka, ponieważ działanie jodku potasowego na krzepliwość krwi nie jest dowiedzione.

Działa przecież stanowczo w tym kierunku leczenie odciągające, polecone przez Tufnella. Ograniczenie dowozu płynu do jakich 5—600 ctm.³ najmniej przez 8 tygodni i leżenie w łóżku — daje bardzo dobre wyniki, ponieważ sprawia ulgę w krążeniu. Zdanie to opiera mowca tak na pracach innych badaczy z lat ostatnich, jak i na własnych 8 przypadkach, od dłuższego czasu uleczonych; pokazuje też preparat uleczonego tętniaka tętnicy głównej i roentgenogramy trzech przypadków, wyleczonych od 14, 13 i 2 lat.

Hansemann (z Berlina) pomiędzy 64 przypadkami tętniaków tętnicy głównej widział na zwłokach tylko w 12 ślady kiły. Ponieważ tych 12 tętniaków wypadło na 350 zwłok z kiłowymi śladami, więc to znaczy 3·43%. Z tegoby więc nie można stanowczo twierdzić, że kiła może powodować tętniaki tętnicy głównej. Możnaby to tylko uczynić na podstawie badania samej ściany tętnicy, jak to widać na preparacie tętniaka tętnicy głównej u kobiety 78-letniej kiłowej, który mówca pokazuje.

Senator (z Berlina): Zwłaszcza tętniak u osoby młodej rodzi podejrzenie kiły, choć i inne schorzenia mogą stan ten wywołać, np. miażdżyca u ludzi starych. Prześwietlanie Roentgenowskie daje dobre wyniki, ale właściwie tylko popiera rozpoznanie, uczynione bez tegoż, z wyjątkiem tętniaków usadowionych na ramieniu zstępującem tętnicy głównej. Do leczenia tętniaków można jeszcze dołożyć, obok wymienionych środków, ucisk guza zapomocą opaski przepuklinowej lub worka z lodem. W jednym przypadku miał mówca dobry wynik z zastósowania zabiegu podanego świeżo przez Lancereaux i Paulasco (tj. podskórne wstrzykiwania 1% rozczynu kleju wyjałowionego, przyspieszającego krzepnięcie krwi). Już po czwartem wstrzyknięciu guz się wybitnie zmniejszył. Zabieg ten zasługuje na dalsze próby.

Schroetter (z Wiednia) nie przecenia również znaczenia prześwietlania Roentgenowskiego dla rozpoznania tętniaków. Za to można nabrać sposobem tym dobrego pojęcia o kształcie tętniaka (workowaty czy wrzecionowaty). Mowca zaleca na nowo wprowadzanie tak zw. *fils de Florence* (strun jelitowych) do jamy tętniaka. Z użycia żelatyny nie widział w dwu przypadkach żadnego skutku, a trzeba pamiętać, że i dobrowolne krzepnienie często się wydarza. W etyologiczne znaczenie kiły wątpi.

Sturmann (z Berlina): Czasowe zniknięcie poszczególnych objawów, jak np. porażenia nerwu wstecznego krtani, co spostrzegał M. Schmidt, nie pozwala na wyciąganie ścisłych wniosków o zachowaniu się tętniaka.

Ewald (z Berlina) zwraca uwagę, że nieraz jedynym objawem zastarzałej kiły jest tylko gładki zanik nasady języka.

Bäumler (z Fryburga): Podstawą tętniaka jest zapalenie tętnicy — *arteriitis*, — a to znów może wywołać nie jedna przyczyna, między niemi też i kiła. U ludzi młodych zapalenie tętnicy może czasem doprowadzić do zgrubień błony mięśniowej, podobnych nawet do miażdżycy. Mowca zaleca ponowienie zabiegów z akupunkturą podług Mac Ewena, wskutek czego powstaje po-

wolne zapalenie wewnętrznej błony naczyniowej, oraz następnie zakrzep.

U n v e r r i c h t (z Magdeburga) potwierdza znaczenie rozpoznawcze objawu O l i v e r - C a r d a r e l l i e g o, który w przypadkach wątpliwych może oddać nieocenione usługi dla rozpoznania. Co się tyczy zabiegu z żelatyną radzi ostrożność, ponieważ w jednym przypadku, wprawdzie bardzo ciężkim, widział pogorszenie stanu ogólnego po wstrzykiwaniach. Przypadków ciężkich nie należałoby więc leczyć w ten sposób. Słabą stronę całego postępowania leczniczego w tętniaku stanowi niepodobieństwo rozstrzygnięcia, czy już nie nastąpiło skrzepnięcie w jamie tętniaka. A na to nie zważają wszystkie zalecone sposoby lecznicze. Atoli jest przecież niedorzecznością zastósować sposób, dążący do wywołania skrzepów w tętniaku, gdy jama jego już jest wypełniona skrzepami.

Dlatego też należy w przyszłości poświęcić baczną uwagę tej sprawie.

Q u i n k e (z Kiel) przemawia za kiłowym początkiem tętniaków. Opiera się głównie na skuteczności jodku potasowego.

M. S c h m i d t nie uważa kiły za jedyną i stale występującą przyczynę etyologiczną. Zanik języka wydarza się też u niekiłowych i odwrotnie.

3) C z e r n y (z Wrocławia): *Przyczynek do poznania zwyrodnienia szklistego.*

Mowca uważa tę istotę za s z k l i s t ą *(hyalin)*, która się barwi jodem i Weigertowskim sposobem barwienia włóknika. Sposób ten dozwala nawet na rozpoznanie najdrobniejszych ziarenek hyaliny. Zarzut, który metodzie Weigertowskiej uczynił L u b a r s c h, że to, co się barwi, jest glikogenem, musi upaść wobec tego, że czysty glikogen nie łączy się wcale z barwikami Weigertowskimi.

Glikogen jest związany z istotą szklistą w tkankach, w ciałkach krwi i ropy. Hyalina glykogenonośna jest wstępnem ogniwem amyloidu (istoty skrobiowatej). Mowca wywołał u zwierząt ropienie jałowe (steril) przez wstrzykiwania podskórne terpentyny. Jeżeli się doprowadzi zwierzęta do charlactwa, wówczas odkłada się powoli w naczyniach ich amyloid.

To samo uzyskał K r a w k o w zapomocą wprawadzania do ustroju zwierząt hodowli bakteryj i dlatego odnosi skutek ów do działania toksyn.

Mówca jednakowoż jest zdania, że działanie mikrobów zapalnotwórczych jest w tym razie dodatkowe. Odkładanie się hyaliny i amyloidu ma też znaczenie kliniczne, ponieważ, mianowicie po przebiegu pewnych chorób, prowadzących do charlactwa, powstaje sposobność dla wytwarzania się owych istot (szklistej i skrobiowatej) zwłaszcza w naczyniach mózgowych. W ten sposób można np. tłómaczyć powstawanie cierpień układu nerwowego po przebyciu chorób zakaźnych, a wówczas znachodzi się często zwyrodnienie szkliste. Nie tylko ropienie, ale i inne sprawy chorobowe, powodujące rozpad tkanek, doprowadzają do wytwarzania się istoty szklistej. *In vivo* można łatwo wykazać hyalinę w krwi, ropie i tkankach, *post mortem* jednak tylko w cząstkach narządów wyciętych świeżo i najlepiej utrwalonych w wyskoku.

H o f f m a n n (z Lipska) chwali użyteczność Weigertowskiej metody barwienia do badania klinicznego krwi, jednakowoż wymaga ona jeszcze dalszych prób.

---

3. posiedzenie, dnia 12 kwietnia przedpołudniem.

Dyskusya nad odczytami Schroettera i Martiusa o niewydolności mięśnia sercowego.

S c h o t t (z Nauheim) już dawniej czynił badania nad ostrem wysileniem serca. W ostatnich czasach zajmował się w dalszym ciągu badaniami co do wpływu na serce jeżdżenia na kole. Brał do tego chłopców zupełnie zdrowych w wieku 13—14 lat; również obok tego w jednym przypadku użył do badań chłopca z wadą zastawkową zrównoważoną, a w innym chłopca z nerwicą ruchową serca. We wszystkich tych przypadkach pokazało się, że, jak tylko bieg jazdy na kole był szybszy, lub też gdy chłopcy jechali pod wiatr i to silny, albo pod górę, lub gdy sama droga była licha, a mimo to jechali niezmieniając biegu, szybko, — następowało rozszerzenie serca, tętno stawało się nieprawidłowe, małe lub szybkie itd. Rysunki granic wypukowych serca, krzywizn tętna, które mowca pokazał, popierały dowodnie wyniki jego badań, mianowicie, że jazda na kole powodować może niewydolność mięśnia sercowego.

W młodym wieku można dużo zrobić pod względem zapobiegawczym, aby uchronić dziecko w wieku późniejszym od przewlekłych chorób sercowych lub od pogorszenia ich stanu. W tym celu trzeba baczyć pilnie na sposób życia dziecka, unikać wszelkich wysiłków i wybryków, w pierwszym rzędzie wyskoku, dalej zaziębień itd.

F i z y c z n e l e c z e n i e chorób serca zapomocą kąpiel, w sposób podany przez mówcę, zasadza się na następujących prawidłach.

U dzieci należy zacząć od k ą p i e l s o l a n k o w y c h, z początku bardzo słabych (0·5—1%), a powoli przechodzić do kąpiel silniejszych. Niekiedy należy do tych kąpiel dodawać jeszcze $ClCa$ w postaci ługu, a to z powodu równoczesnych zołzów lub wysięków u tych dzieci. Jednakowoż trzeba w tem zachować ostrożność i pewną miarę, albowiem skóra dziecięca jest bardzo skłonna do wyprysków, nawet połączonych z gorączką, no a oczywiście w takim razie skutek osiągnięty przez kąpiele idzie na marne. Można dodawać do kąpiel k w a s u w ę g l o w e g o, lecz tylko w miernej ilości i wtedy działanie kąpiel jest bardzo skuteczne. Wysycenie większe kąpiel gazem nie dobrze robi u dzieci, a nawet może być niebezpieczne.

Co się tyczy znanego leczenia S t o k e s - O e r t e l o w s k i e g o zapomocą chodzenia pod górę, nadaje się ten sposób leczenia mechanicznego tylko w mniejszości przypadków u dzieci. Manowicie, serce młodociane wprawdzie wypoczywa szybko, przecież potem staje się bardziej pobudliwe i słabnie. Gimnastyka na przyrządach, polecona przez Z a n d e r a, wymaga nadzoru lekarskiego. Zarzuciłby się jej dało, że przy stósowaniu tej metody nie można stopniować oporów w sposób dostateczny. Zasługuje zaś więcej na uwagę gimnastyka z oporami i z samozatrzymywaniem, którą się da łatwo stopniować, oraz wszędzie zastósować, ma się rozumieć również tylko pod nadzorem lekarskim.

G r o s s m a n n (z Wiednia) zajmował się od r. 1882 badaniami doświadczalnemi nad warunkami i następstwami niewydolności mięśnia sercowego w pracowni profesora B a s c h a. Doświadczenia swoje w tym kierunku podzielił na t r z y rzędy: W p i e r w s z y m rzędzie chodziło mu o rozwiązanie zagadnienia: c z y i w t a k i m r a z i e, j a k a p o s t a ć n i e w y d o l n o ś c i s e r c a p o w o d u j e o s t r y o b r z ę k p ł u c? W doświadczeniach, mających za zadanie wyjaśnić to zagadnienie, wykazał mowca istnienie osobnej postaci niewydolności mięśnia sercowego, polegającej na k u r c z u *(spasmus)* mięśnia sercowego, na czem opiera się w dalszym ciągu zmiana w rozmieszczeniu ogólnem krwi w krążeniu.

Doświadczenia d r u g i e g o rzędu miały odpowiedzieć na pytanie, j a k i j e s t s t o s u n e k p o m i ę d z y z a s t o j e m k r w i w n a c z y n i a c h p ł u c n y c h, s p o w o d o w a n y m p r z e z n i e w y d o l n o ś ć s e r c a, a s p r a w ą o d d e c h o w ą?

Który z czynników wchodzących w grę stanowi właściwą przeszkodę w oddechaniu i w jaki on działa sposób?

Wyniki doświadczeń przedowszystkiem nie potwierdziły nauki szerzonej przez H o p p e g o, a następnie przejętej przez T r a u b e g o i pod jego też imieniem znanej, że mianowicie sprawę oddechową utrudnia zmniejszenie pojemności pęcherzyków płucnych, które znowu następuje w ten sposób, iż naczynia włosowate przepełnione krwią wskutek zastoju w krążeniu małem, wypuklając się ku światłu pęcherzyków, umniejszają takowe. Przeciwnie pokazało się z doświadczeń w sposób niewątpliwy, że pojemność wnętrza płuc nie tylko się nie umniejsza wskutek zastoju krwi, ale nawet i to znacznie powiększa.

W t r z e c i m rzędzie doświadczeń zajmował się mówca z b a d a n i e m z m i a n, z a c h o d z ą c y c h w p r a c y s e r c a, p o d w p ł y w e m d r a ż n i e n i a o ś r o d k o w e g o n e r w ó w.

Z doświadczeń tych pokazało się, że kiedy serce na drażnienie ośrodkowe przeważnej ilości nerwów obwodowych odpowiada powiększeniem wydatności pracy, co się tyczy pojedyńczych nerwów, jak np. nerwu krtaniowego górnego, pierwszej i drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego, zachodzi ten zadziwiający bądźcobądź wyjątek iż drażnienie ośrodkowe tych nerwów nie tylko nie polepsza czynności serca, ale przeciwnie powoduje niewydolność mięśnia sercowego i to większego stopnia.

Wynik ten jest bardzo ważny zarówno pod względem fizyologicznym, jak i klinicznym. W ten bowiem sposób wyjaśnić można związek przyczynowy pewnych zjawisk, jak porażenia serca po wyłuszczeniu lub wycięciu krtani, tak samo związek przyczynowy duszności sercowej w chorobach nosa, wstrząsu, omdleń napadowych po operacyach i urazach itd.

Wreszcie na mocy tych doświadczeń pokazało się, że istnieje taki stan niewydolności serca, który polega nie na zmianach w mięśniu sercowym, ale jest następstwem wpływów szkodliwych na serce.

Podług też tych wyników odróżnia profesor B a s c h niewydolność mięśnia sercowego pierwotną i następową.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Babki wiejskie i szczepienie ospy.

Rozglądnąwszy się dokładnie w urządzeniach sanitarnych innych państw, mających na celu ochronę zdrowia publicznego i zestawiwszy je z urządzeniami w Galicyi, — przyjść musimy do wniosku, że u nas w tym względzie zbyt mało się robi, a jeśli się robi, to bardzo powoli i opieszale. To, nad czem u nas dopiero radzą i zastanawiają się, gdzieindziej już dawno weszło w prawo obowiązujące.

Jedną z największych plag, grasujących już od niepamiętnych czasów, są u nas tak zwane „babki wiejskie“, które opiekują się bezprawnie ciężarnemi i rodzącemi. Wiele już o tem rozprawiano, a złe, jakie było, takie i zostało, gdyż rady na to skutecznej nie znaleziono. Babka taka, niemająca najmniejszego wyobrażenia o czystości, a tem bardziej o desinfekcyi, przesiąkła na wskroś przesądami i dziwacznemi nawyknieniami, jakżeż często powoduje u kobiet wiejskich nietylko kalectwo, ale ogólne zakażenie, śmierć, albo też utratę wzroku u dzieci i t. p.

Gdybyśmy mogli zebrać wszystkie wypadki, w których „babki“ były powodem nieszczęść w rodzinach, wykazalibyśmy pokaźną liczbę kalek i zgonów. Doprawdy dziwną jest u naszego ludu wiara w te babki: — prawie niema porodu na wsi, by przy nim „babki“ nie było, a jeśli w jakimś cięższym przypadku wezwany zostanie lekarz, babka taka się ulatnia i ani się dowiesz, co za jedna, jak się nazywa, bo jej nikt z otoczenia nie wyda; — władza polityczna, jeśli się taką babkę uda wykryć, wymaga oznaczenia dnia, godziny prawie, numeru domu, świadków, no i innych szczegółów; a jeśli ją zawezwie i przekona, przesiedzi czasem dwa dni w areszcie i na tem się kończy; babka wraca do wsi i dalej uprawia swoje rzemiosło. Lekarze, zwłaszcza na prowincyi, mają sposobność prawie codziennie przekonywać się o tem. Badając kobiety wiejskie, mało która się znajdzie, by nie nosiła na sobie śladów i zmian chorobowych, wynikłych skutkiem braku odpowiedniego zachowania się i należytej opieki tak podczas ciąży i porodu, jak i potem; — prawda, że do tego przyczyniają się warunki nieodpowiednie: wczesne opuszczenie łóżka po porodzie i zajęcie się ciężką pracą; ale w przeważnej części winne są temu babki wiejskie, któremi posługuje się z upodobaniem lud i ma do nich nieograniczone zaufanie. Dużo wody jeszcze upłynie, zanim lud nasz zmieni pod tym względem swoje zapatrywania i przekonania; — to jednak nie upoważnia władz, by miały patrzeć spokojnie na takie nadużycia babek wiejskich, ale energicznie winny zapobiegać złemu, tak u nas zakorzenionemu. Gdyby zwierzchność gminna miała surowo nakazane donoszenie Władzy o każdym porodzie, przy którym „babka“ była obecną, gdyby duchowieństwo przy każdym chrzcie miało taką babkę na oku (prawie przy każdym chrzcie babka jest obecna), gdyby Władze starały się o większą liczbę akuszerek okręgowych i takowe za lepszem wynagrodzeniem osadzano po wsiach, to sądzę, że przy dobrze obmyślanej w tym względzie organizacyi, dałoby się złemu powoli zaradzić i zmniejszyć nietylko odsetek śmiertelności u rodzących, ale ochronić kobiety wiejskie przed smutnemi następstwami poporodowemi. Mamy co prawda prawo, zabraniające praktyki lekarskiej osobom do tego niepowołanym, ale ileż się dzieje nadużyć i dziać się będzie, dopóki Władze energicznie do tego się nie zabiorą? — weźmy n. p. takich niepowołanych dentystów, kowali i szewców, składaczy nóg i rąk złamanych (jak ich lud zowie), znachorów, a będziemy mieli sporą paczkę rozmaitych specyalności partaczy po wsiach i miasteczkach.

Drugą piekącą sprawą jest szczepienie ospy; — toż przecie Japonia, w swych urządzeniach sanitarnych wyprzedziła nas, uznając słusznie, że szczepienie ospy obowiązkowe ma zupełną racyę bytu, bo tą jedynie drogą ochraniamy zdrowie setkom tysięcy dzieci, zapobiegając śmiertelności podczas epidemii ospy i wszelkim następstwom, czasem bardzo smutnym, jak utrata wzroku, słuchu i t. p. My lekarze powinniśmy się przedewszystkiem starać, by sprawy takie poruszać co chwila, szukać drogi, by cierpiącej ludzkości przychodzić z pomocą i gdzie tylko można wskazywać potrzebę zaprowadzania reform i ulepszeń stosunków zdrowotnych. Zapewne, że odrazu nie dojdziemy do upragnionych wyników; ale choćby to szło z trudem wielkim, mamy moralny obowiązek wglądać we wszystko, co tylko dąży do ochrony zdrowia publicznego.

Dr. Józef Bednarski,
lek. okr. w Alwerni.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 czerwca.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, kol. dr. Rutkowski demonstrował kilka ciał obcych, wydobytych z ustroju drogą operacyjną, oraz przedstawił chorą, świeżo operowaną w klinice krakowskiej. Demonstracya kol. dra Rutkowskiego dała powód do żywej wymiany zdań. Kol. doc Ciechanowski przedstawił i objaśnił rzadkie okazy z dziedziny anatomii patologicznej.

* W protokole z posiedzenia Towarz. lekar. krak., znajdującym się w dzisiejszym numerze *Przegl. lekar.*, mieści się sprawozdanie z przemówienia i demonstracyi Dr. Czaplińskiego, prymaryusza z Nowego Sącza. Z protokołu tego i z udziału Dr. Czaplińskiego w tem posiedzeniu każdy może nabrać przekonania, jak pouczającym i poważnym materyałem rozporządzają nieraz nasze szpitale prowincyonalne i jak ten materyał pozostaje niewyzyskany dla nauki.

Wobec gęstej już dziś sieci dróg żelaznych, łączących mniejsze miasta z większemi i w celu zachęcenia innych kolegów do brania udziału w naukowych posiedzeniach naszych, Komitet Towarz. lekar. krak. uchwalił, w razie zapowiedzenia odczytu lub demonstracyi przez którego z kolegów prowincyonalnych, przyjmować na siebie umieszczenie przywiezionych chorych w odpowiednich zakładach krakowskich i, jeśli tego zachodziłaby potrzeba, zwracać za nich koszta podróży.

* *Podręcznik medycyny sądowej, z uwzględnieniem ustawodawstwa austryackiego, niemieckiego i rosyjskiego, dla użytku uczniów, lekarzy i prawników*, napisał dr. Leon Wachholz, prof. zwyczajny medycyny sądowej w Uniw. Jagiell. itd. Dzieło to obejmuje 648 stronic druku z 46 rycinami i 1 tablicą chromolitograficzną; wyszło nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie; cena koron 15.

Zawodowej literaturze naszej przybywa książka niewątpliwej wartości i wielkiego pożytku. Nie licząc podręcznika dr. Feigla, jako utworu w części niesamoistnego, a przy tem niezupełnego, dzieło prof. Wachholza należy uważać jako pierwszą pracę w polskim języku, która wyczerpuje całość nauki sądowej medycyny. Uwzględnienie ustawodawstwa (prócz austryackiego) państw sąsiednich rozszerza zakres przeznaczenia »podręcznika« na rozległe granice etnograficzne języka książki i pomnaża zasługę autora.

Po wstępie i części ogólnej, która odnosi się do czynności znawcy wogóle, a w szczególności podczas śledztwa i rozprawy głównej, podzielił autor część szczegółową na następujące rozdziały: I. O zmianach pośmiertnych i dochodzeniu tożsamości osoby. II. O badaniu lic sądowo-lekarskich. III. O uszkodzeniach cielesnych. IV. O śmierci gwałtownej. V. O zdolności płciowej. VI. O zaspokojeniu popędu płciowego w sposób wzbroniony ustawą. VII. O dochodzeniu ciąży i porodu. VIII. O spędzeniu płodu. IX. O dzieciobójstwie. X. O dochodzeniu stanu umysłowego.

Pozostawiając ocenę treści podręcznika prof. Wachholza pióru, mającemu do tego więcej prawa i powołania, ograniczamy się tylko do zwrócenia uwagi czytelników naszych na tę książkę, mającą tak doniosłe znaczenie dla polskiego stanu lekarskiego. Nic nie może być przykrzejszego dla lekarza-znawcy, a więcej upokarzającego dla stanu lekarskiego, nad brak umiejętnej dokładności w dochodzeniu sądowo-lekarskiem i nad wadliwe orzeczenie lekarza-znawcy. Wszak bieg spraw w społeczeństwach zorganizowanych opiera się w wielkiej mierze na

bezwzględnie ścisłym wymiarze sprawiedliwości; gdzie brak tej zasady, tam społeczeństwo wpada w zamęt, czego przykładem wymownym może być w tej chwili Francya. Na bieg spraw sądowych lekarz-znawca ma o tyle wpływ potężny, o ile jego dochodzenie i orzeczenie sądowo-lekarskie do dna sprawę umiejętnie wyczerpuje i wyjaśnia, a do tego potrzeba gruntownego specyalnego wykształcenia. Podręcznik, o którym mowa, czyni w tej mierze zadość umysłowym potrzebom lekarzy naszych i w tem leży doniosła i wielka zasługa prof. Wachholza i niemal społeczne znaczenie jego znakomitej pracy.

Szczera też wdzięczność należy się »Wydawnictwu dzieł lekar. polskich«, którego przewodniczący nie szczędził, jak świadczy profesor Wachholz, pracy i zachęty do wydania dzieła tak wielkiej dla lekarzy polskich wartości.

(G.) Sanok. Dnia 20 maja odbyła Sekcya sanocka Tow. lek. galic. posiedzenie uroczyste, poświęcone uczczeniu 25-letniej rocznicy uzyskania dyplomu przez Dr. Władysława Czyżewicza, lekarza powiatowego, wieloletniego prezesa Sekcyi, zacnego kolegi i obywatela. Przybycie kolegów z najdalszych kresów Sekcyi i to w liczbie poważnej, świadczy o stopniu sympatyi, jakiej dr Czyżewicz wśród nas używa. Dr. Bieńczewski wprowadził Jubilata do świątecznie przyozdobionej sali, w której powitalnem słowem spotkał go Dr. Nowak, gospodarz zakładu i przewodniczący w Komitecie, a następnie Dr. Jabłoński, obecny prezes Sekcyi, złożył życzenia i wyraził uznanie za wieloletnią skuteczną pracę.

Część naukową posiedzenia wypełnił Dr. Zaleski odczytem p. t. »Przyczynek do etyologii historyi«; interesujący ten wykład wywołał ożywioną wymianę zdań.

Na wspólnem towarzyskiem zebraniu złożyli obecni, ku upamiętnieniu tego obchodu, przeszło 100 złr. na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach, do której to kwoty sam jubilat dorzucił 150 złr.

Oprócz lekarzy, w uroczystości wzięli udział i inni obywatele, którzy pragnęli w ten sposób wyrazić jubilatowi swą wdzięczność i uznanie.

* Egzamin fizykacki złożyli w Krakowie następujący Drowie medycyny: Czerwiński, Przybyszowski, Krok, Palester, Sobieszczański, Stablewski i Zatlokal.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w Uniw. Jagiel. otrzymał Karol Ozga.

* Wybory do Izb lekarskich wschodnio- i zachodnio-galicyjskiej rozpisało Namiestnictwo na dzień 30 czerwca.

* W Syberyi stwierdzono na różnych punktach pojawienie się u ludności napływowej trądu, na który do tej pory chorowali tylko buriaci. Zdaje się jednak naprawdę, że te biblijne choroby, trąd i powietrze (dżuma), zaczynają się szerzyć z większą niż dotąd siłą w ostatnich latach.

* Na berlińskim Zjeździe przeciwgruźliczym stwierdzono, że gruźlica w Austryi z biegiem czasu zmniejsza się, i kiedy w r. 1886 na 10.000 mieszkańców umierało 55,9, to w r. 1898 liczba ta wynosiła 43.8. Szczególnie stosunki te polepszyły się w Stanisławowie i Czerniowcach.

* Prof. Esmarch ogłosił trzecie wydanie swej pracy p. t. »Pierwszy opatrunek na polu bitwy«. Książka ta wyszła po raz pierwszy w r. 1869, t. j. przed samą wojną francusko-pruską; potem zapomniano o niej. Obecnie autor ogłosił nowe wydanie z powodu konferencyi t. zw. pokojowej w Haadze. Esmarch czyni zarzut, że pomimo jego rady, nie włożono do tornistra żołnierzom, obok innych części opatrunku, chusteczki trójkątnej, którą on uważa za niezbędną.

Jak wiadomo, Esmarch nie wierzy w rozbrojenie, a pragnąłby tylko, ażeby konferencyi pokojowej powiodło się przynajmniej rozszerzyć postulaty konwencyi genewskiej.

* Włoski lekarz D'Aiutolo miał odczyt w bolońskiem Tow. lek. o leczeniu śmiechem, jako zabiegiem wykrztuśnym. Zaleca śmieszenie chorych w nieżycie oskrzelowym, a przestrzega przed stosowaniem tego środka w zapaleniu opłucnej i otrzewnej, wadach serca, podczas ciąży i u dzieci nerwowych; zapewne żeby podnieść cenę swego pomysłu, rozwodzi się D'A. nad trudnościami, jakie przewalczać musi człowiek wykształcony i poważny, by rozśmieszyć chorego.

* W Bawaryi wyszło rozporządzenie, ażeby aptekarze na flaszkach i pudełkach załączali kopię recepty i kolorem etykiety rozróżniali lekarstwa, stosownie do przeznaczenia zewnętrznego lub wewnętrznego.

* W Liwerpolu nastąpiło już uroczyste otwarcie szkoły dla chorób podzwrotnikowych, podczas którego prof. Lister wypowiedział okolicznościową mowę.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Dmochowski Z. mianowany został prosektorem przy katedrze anatomii patologicznej w Uniw. warszawskim. Dr. d'Hardivilliers mianowany został prof. histologii w Amiens. Dr. Stumf — mianowany został prof. sądowej medycyny w Würzburgu. Dr. Krawkow mianowany został prof. farmakologii w petersburgskiej Akademii wojenno-lekarskiej.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Władysław Skarzyński, lekarz powiatu Wysoko-Mazowieckiego, zmarł w 38 roku życia. Dr. J. Mayor, prof. anatomii i fizyologii w Genewie. Dr. G. Inverardi, prof. położnictwa i ginekologii w Padwie. Dr. C. Linati, prof. położnictwa i ginekologii w Pizie. Dr. A. Zinnis, prof. pedyatryi w Atenach.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Medycynie* Nr. 21: Dr. Szteynera W.: Życiorys prof. J. Kosińskiego. Dr. Hordyńskiego i Dr. Maliszewskiego Wacława: O ranach serca: Dr. Solmana: Dwa przypadki pneumotomii z powodu ropnia płuc. Dr. Oderfelda H.: O operacyjnem leczeniu wpochwień jelit. Dr. Leśniowskiego A.: Przyczynek do patologii gruczołów chłonnych pachwinowych. Dr. Zembrzuskiego: Przyczynek do chirurgii pęcherzyka żółciowego. Dr. Tymienieckiego E.: Przypadek zwichnięcia goleni w stawie kolanowym. Dr. Krausego L.: Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego. Dr. Borsuka M. Przypadek resekcyi ślepej kiszki. W *Postępie okulistycznym* (Maj): Dr. Noiszewskiego K.: Rzadki przypadek zaniku nerwów i siatkówek. Prof. Wicherkiewicza: Narośle złośliwe rogówki. Prof. Wicherkiewicza: Skrzydlik bliźniaczy (spostrzeżenie kliniczne). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 22: Stróżewskiego K.: Kilka przypadków nowotworów mózgowia. Dr. Sędziaka J.: Zaburzenia krtaniowe przy cierpieniu nerwowego układu ośrodkowego (c. d.). Kijewskiego Fr.: Kilka uwag o pozostawianiu ciał obcych w jamie brzusznej. W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 6: Dunina T.. Narodowość w nauce. Likierta N.: Ekspertyza lekarsko-sądowa (c. d.). Dr. Wrzoska A.: W sprawie lekarek. Kramsztyka Z.: O potrzebie oddzielenia ambulatoryum od szpitala. W *Medycynie* Nr. 22: Prof. Baranowskiego Ig.: Prof. Kosiński, jako praktyk. Hordyńskiego W. i Maliszewskiego Wacława: O ranach serca (dok.). Dr. Krausego L.: Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Talko J.: Mowa wygłoszona w dniu otwarcia nowej c. k. kliniki okulistycznej w Krakowie d. 28 listopada 1898 roku. Kraków, 1899.

— Dr. Hefelmann R.: Somatose-Tropon Nährstoff Heyden. (Odbitka z *Allg. med. Centr. Ztg.*, 1899).

— Dr. Kowalski Ed.: O wpływie podniet termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynioruchowych limfatycznych. (Odbitka z *Przegl. lekar.*, 1899).

Dnia 15 czerwca, w czwartek, o godzinie 6-tej wieczorem, w *Collegium novum* (sala Kopernika, II-gie piętro) odbędzie się *wiec wszystkich lekarzy*, mieszkających w Krakowie i należących do Izby lekarskiej, a to w celu zgodzenia się na kandydatów z Krakowa do mającego się wybrać zarządu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

Ważność sprawy pozwala liczyć na liczny udział kolegów.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Wydział Rady powiatowej w Tarnopolu ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego *w Czernichowie,* z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę. — Podania do 1 lipca b. r.

Gmina miasta Ciężkowice pow. Grybów ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego z poborami oznacznymi za oględziny bydła rocznie około 120 złr. — Podania do 15 lipca b. r.

Wydział Rady powiatowej w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego *w Uściu zielonem.* Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową (aż do otwarcia apteki publicznej). Płaca roczna 500 złr. ryczałt na objazdy 300 złr. Podania do 30 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej w Wadowicach rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Andrychowie,* z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. — Podania wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do dnia 20-go czerwca 1899 r.

Wydział powiatowy w Śniatynie ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie.* Płaca roczna 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy utrzymywać musi aptekę domową. Posada nadaną będzie na rok prowizorycznie. — Podania do 15 czerwca br.

Kto z PP. Kolegów chciałby osiąść w małem mieście, zechce się zwrócić do Administracyi, która chętnie wskaże adres lekarza ustępującego z tej miejscowości, a chcącego następcę objaśnić o stosunkach.

Wydział Rady powiatowej w Brzeżanach ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego w *Kozłowie* z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy 350 złr. Podania do 20 czerwca.

Dr. EUGENIUSZ OZARKIEWICZ

ze Lwowa 132

ordynuje w porze zdrojowej

w SZCZAWNICY.

Dr. MAKSYMILIAN KAUFMANN

ordynuje

w Karlsbadzie 133

Alte Wiese „Deutsches Haus“.

Dr. Aleksander Teichmann

ordynuje

W PISZCZANACH

123 Sezon od 1. Czerwca.

Dr. JÓZEF DUKIET

ze Lwowa

ordynuje jak zwykle jako lekarz zdrojowy

141 w Rymanowie.

Dr OTOKAR LANG

ordynuje jak w latach poprzednich

143 **w RABCE.**

Dr. Andrzej Lorentski

150 **ordynuje jak lat ubiegłych**

w Krynicy (willa „Litwinka“).

W lecie r. b. ordynować będę

W RYMANOWIE

(dom Zontaka)

151 **Dr. Michał Śliwiński.**

Dr. Albert Süsskind

b. Asystent Uniw. Jagiell.

ordynuje podczas sezonu kąpielowego

w Karlsbadzie

153 mieszka Sprudelgasse (Weinhaus).

Dr. Xawery .Gorski

ordynuje jak lat poprzednich

w Szczawnicy 154

Willa „Siostra“,

TRUSKAWIEC

Zakład zdrojowo-kąpielowy

oraz stacya klimatyczna.

Ostatnia stacya kolejowa Drohobycz.

Położony w kotlinie na wysokości 1200 stóp, posiada kąpiele: słone, słono-siarczane, borowinowo-żelaziste, elektryczne. Źródła słono-gorzkie do picia oraz szczawę alkaliczną.

Urządzenia kąpielowe pierwszorzędne: Wanny porcelanowe, marmurowe, metalowe i drewniane.

Zakład inhalacyjny systemu Wassmutha. Leczenie elektrycznością, massagem, kuracya żętyczna i mleczna.

Mieszkania wzorowo urządzone.

Sala balowa i teatralna. Lawn-tennis. Kręgielnia. Czytelnia Kasyno. Własna orkiestra.

Apteka, poczta i telegraf w miejscu. Kościółek katolicki i cerkiew ruska.

Dwie restauracye zakładowe pierwszorzędne.

Sezon od 25 Maja do 25 Września.

Ordynują lekarze: Radca **Dr. Plech, Dr. Pelczar, Dr Krzyżanowski.** 137

Zarząd wysyła na żądanie wyczerpującą broszurę.



Chloroform-Anschütz,

chem. czysty z salicydchloroformu P. P. N. 70614.

W oryginalnem zapakowaniu po 25 gr. — Mk. 0·65
„ „ po 50 gr. — Mk. 1·—

Chloroform Anschütza jest wolny od kwasu solnego, chloru, fosgenu, alkoholu, eteru i innych szkodliwych składników, przy wstrząsaniu nie barwi zgęszczonego kw. siarkowego, nawet po dłuższem przechowaniu.

Cięż. gat. 1·5 przy 15°, temp. wrzenia 61·5°.

Przechowuje się niezmieniony w oryginalnem zapakowaniu.

Tanocol.

Czysty przetwór żelatynowotaninowy!
Nazwa zastrzeżona.
Patenty zgłoszone.

Nowy, zupełnie nieszkodliwy środek ściągający, nie ulega wessaniu w żołądku, nadaje się do leczenia ostrych i przewlekłych nieżytów jelit stosowany zwłaszcza **w chorobach przewodu pokarmowego dzieci. Znacznie tańszy od podobnie działających przetworów taninowych.**

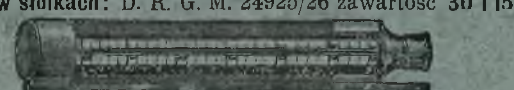
Resorbina,

emulsya tłuszczowa zawierająca wodę, niedrażniąca, polecana przez powagi lekarskie, od lat używana jako **maść** lub jako **część składowa maści.**

Rtęciowa-Resorbina: $33^1/_3$% 50%

Ungt. hygrarg. **ciner.** c. Resorb. parat.
Ungt. hydrarg. **rubrum** „ „

Dawki w słoikach: D. R. G. M. 24925/26 zawartość **30 i 15 gr.**



Do nabycia w aptekach.
Próbki i literatura darmo i opłatnie.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

36 **Pharmac. Abtheilung. Berlin.**

Zastępstwo dla Austro-Węgier z wyjątkiem dla Czech Aleks. Ehrenfeld, Wiedeń I. ulica Gonzaga 12.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.